

Universidade de Lisboa  
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



**Iniquidade no acesso aos serviços de saúde: o caso de Rio de Mouro**

**Tiago Alexandre Jorge Raimundo**

Dissertação de mestrado orientada  
pelo Professor Doutor Nuno Marques da Costa

Mestrado em Gestão do Território e Urbanismo, Especialidade em  
Ordenamento do Território e Urbanismo

2018



Universidade de Lisboa  
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



## **Iniquidade no acesso aos serviços de saúde: o caso de Rio de Mouro**

**Tiago Alexandre Jorge Raimundo**

Dissertação de Mestrado orientada  
pelo Prof. Doutor Nuno Marques da Costa

Júri:

Presidente: Professor Doutor José Manuel Henriques Simões – Professor Catedrático do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Professora Doutora Manuela Calado – Professora Auxiliar do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e Vereadora Câmara Municipal do Seixal;
- Professor Doutor Nuno Manuel Sessarego Marques da Costa – Professor Auxiliar do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa;



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero expressar o meu agradecimento ao Professor Doutor Nuno Marques da Costa pela rigorosa orientação desta dissertação, bem como pelas palavras amigas e de incentivo que teve para comigo ao longo deste percurso.

Um agradecimento também muito especial à Professora Doutora Eduarda Marques da Costa que ao longo de toda a minha formação académica foi um exemplo para mim, pela sua competência e rigor.

Quero agradecer à Professora Doutora Carla Mora. Conhecemo-nos no meu 7º ano de escolaridade em Sesimbra. A Professora Carla foi minha diretora de turma entre o 7º e 9º ano, por isso, de alguma forma, posso afirmar que a minha ligação com o IGOT é já antiga. Acredito não haver muitos alunos que tiveram aulas com o mesmo professor no ensino básico e universitário.

Ao João e à Joana agradeço a oportunidade que me foi dada de recomeçar uma vida nova, sem eles não estaria aqui. Faltam palavras para lhes agradecer.

Agradeço também ao Jaime e à Alda a amizade que vem desde há muitos anos. Agradeço também o apoio incondicional nesta caminhada.

Um muito obrigado à minha mãe e ao meu irmão que vivem na Suíça, bem como à minha irmã. Sempre foram para mim um exemplo de força e coragem. Aceitaram sem medos uma vida diferente.

Ao Pedro Franco uma palavra especial pela amizade, pelo apoio e pela partilha de ideias durante praticamente toda a minha formação universitária. Juntos, realizamos muitos trabalhos, com sucesso.

Ao Luís Borges e ao Nuno Carreiro um muito obrigado pela amizade. Estiveram presentes em todo o percurso.

À minha prima Patrícia um obrigado por todo o apoio.

Ao meu avô Joaquim dedico esta dissertação.



## Índice

Índice de figuras .....	IX
Índice de tabelas .....	XI
Resumo.....	XV
Abstract .....	XVII
1. Introdução .....	1
2. Saúde e Território .....	3
2.1. O conceito de saúde e os determinantes de saúde .....	3
2.2. Acesso aos serviços de saúde .....	6
3. Serviços de saúde .....	11
3.1. Distribuição dos serviços de saúde no território.....	12
3.2. Rede de cuidados de saúde públicos em Portugal .....	15
3.3. Cuidados de saúde primários.....	16
4. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde.....	19
4.1. Igualdade, equidade e iniquidade no acesso.....	21
4.1.1. Igualdade .....	21
4.1.2. A equidade .....	23
4.1.3. Iniquidade.....	25
4.2. Políticas .....	27
4.2.1. Organização Mundial da Saúde .....	28
4.2.2. União Europeia .....	29
4.2.3. Plano Nacional de Saúde.....	32
4.2.4. Planos Regionais de Saúde.....	35
5. Caso de estudo: Rio de Mouro .....	41
5.1. Área Metropolitana de Lisboa .....	41
5.2. Município de Sintra .....	44
5.3. Freguesia de Rio de Mouro .....	45
5.4. Oferta de cuidados de saúde na freguesia .....	50
5.5. Acessibilidade e acesso aos serviços de saúde .....	54
5.5.1. Metodologia .....	54
5.5.2. Acessibilidade aos serviços de saúde.....	54
5.5.3. Perfil dos utilizadores .....	74
5.5.4. Fatores condicionantes do acesso .....	78

5.5.5. Dinâmica oferta – procura.....	88
6. Conclusões e recomendações.....	91
Referências bibliográficas .....	95



## Índice de figuras

FIGURA 1 DETERMINANTES DE SAÚDE (ADAPTADO DE DAHLGREN E WHITEHEAD, 1991).....	6
FIGURA 2 AS CINCO DIMENSÕES DO ACESSO. ....	7
FIGURA 3 DATA DE ABERTURA DOS HOSPITAIS E VARIAÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE ENTRE 1991 E 2011 NA AML NORTE. ....	14
FIGURA 4 HIERARQUIA FUNCIONAL URBANA DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA. ....	15
FIGURA 5 HIERARQUIA DAS DIFERENTES ENTIDADES DE SAÚDE E RESPECTIVA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL. ....	16
FIGURA 6 NÍVEIS DE AUTONOMIA REGIONAL NA UNIÃO EUROPEIA. ....	27
FIGURA 7 MODELO CONCEPTUAL DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE. ....	33
FIGURA 8 ESTRATÉGIAS E ÁREAS DE INTERVENÇÃO DO PLANO REGIONAL DE SAÚDE 2014-2016.....	39
FIGURA 9 NUTS II ELEGÍVEIS NO ÂMBITO DOS FUNDOS ESTRUTURAIS DA EU.....	42
FIGURA 10 ACES DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA COM MUNICÍPIOS E FREGUESIAS CONSTITUINTES. ....	43
FIGURA 11 LOCALIZAÇÃO DA FREGUESIA DE RIO DE MOURO NO MUNICÍPIO DE SINTRA, NO CONTEXTO DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA. ....	47
FIGURA 12 LOCALIZAÇÃO DO UCSP E DAS USF NA FREGUESIA DE RIO DE MOURO.....	53
FIGURA 13 DISTÂNCIA EM METROS ÀS UNIDADES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO. ....	56
FIGURA 14 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS. ....	58
FIGURA 15 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA. ....	59
FIGURA 16 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE ELETROENCEFALOGRAFIA. ....	61
FIGURA 17 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA. ....	62
FIGURA 18 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE. ....	64
FIGURA 19 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO. ....	65
FIGURA 20 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA. ....	67
FIGURA 21 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE PSICOLOGIA.....	68
FIGURA 22 DISTÂNCIA EM METROS AOS CONVENCIONADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS DE RADIOLOGIA.....	70
FIGURA 23 DISTÂNCIA EM METROS AOS HOSPITAIS PÚBLICOS NA AML NORTE. ....	73
FIGURA 24 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DAS IDADES. ....	74
FIGURA 25 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DO GRAU DE ESCOLARIDADE. ....	75
FIGURA 26 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO.....	75
FIGURA 27 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DA SUA SITUAÇÃO PROFISSIONAL.....	76
FIGURA 28 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DA SUA SITUAÇÃO NA PROFISSÃO.....	76
FIGURA 29 PERCENTAGEM DE INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DO MODO DE DESLOCAÇÃO PARA O LOCAL DE TRABALHO.....	77



## Índice de tabelas

TABELA 1 DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES A PORTUGAL, AML, SINTRA E RIO DE MOURO. ....	48
TABELA 2 DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES A PORTUGAL, AML, SINTRA E RIO DE MOURO (II).....	48
TABELA 3 POPULAÇÃO RESIDENTE EM RIO DE MOURO, EM PERCENTAGEM, EM TRÊS ÁREAS.....	48
TABELA 4 FAMÍLIAS RESIDENTES EM RIO DE MOURO, EM NÚMERO E PERCENTAGEM, EM TRÊS ÁREAS.....	49
TABELA 5 ALOJAMENTOS EM RIO DE MOURO EM NÚMERO E EM PERCENTAGEM, EM TRÊS ÁREAS .....	49
TABELA 6 EDIFÍCIOS EM RIO DE MOURO, EM NÚMERO E EM PERCENTAGEM, EM TRÊS ÁREAS.....	49
TABELA 7 PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO RENDIMENTO DOS AGREGADOS – RIO DE MOURO 2016.....	79
TABELA 8 PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO RENDIMENTO DO AGREGADO E DO MODO DE TRANSPORTE – RIO DE MOURO 2016.....	81
TABELA 9 PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA TIPOLOGIA FAMILIAR E DO MODO DE TRANSPORTE – RIO DE MOURO 2016.....	82
TABELA 10 PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA TIPOLOGIA FAMILIAR E DO MODO DE TRANSPORTE – RIO DE MOURO 2016. FONTE: INQUÉRITO REALIZADO EM 2016 .....	82
TABELA 11 RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR EM FUNÇÃO DA TIPOLOGIA FAMILIAR – RIO DE MOURO 2016. ....	84
TABELA 12 RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR EM FUNÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO – RIO DE MOURO 2016. ....	85
TABELA 13 RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL – RIO DE MOURO 2016.....	86
TABELA 14 TEMPO DE DESLOCAÇÃO ATÉ ÀS CONSULTAS DE MEDICINA GERAL. RIO DE MOURO 2016. ....	87
TABELA 15 TEMPO DE DESLOCAÇÃO ATÉ ÀS CONSULTAS DE ESPECIALIDADE. RIO DE MOURO 2016. ....	87
TABELA 16 TEMPO DE DESLOCAÇÃO ATÉ ÀS URGÊNCIAS. RIO DE MOURO 2016. ....	88



*(...) spatial accessibility is because of “where you are,” and nonspatial accessibility is because of “who you are.” (Samina, Ikram, Yujie Hu, Fahui, 2015, p.492)*



## **Resumo**

As crescentes desigualdades no acesso aos serviços de saúde são uma preocupação das principais instituições e decisores políticos a nível mundial. Promover a saúde e o desenvolvimento passa por garantir que a população acede, efetivamente, a serviços de saúde. A presente dissertação, utilizando como caso de estudo a freguesia de Rio de Mouro, localizada no município de Sintra, centra-se nas desigualdades no acesso aos serviços de saúde e nos fatores que as potenciam. Partindo da definição apresentada por Penchansky e Thomas em 1981 (in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017), que assenta em cinco determinantes, recorreu-se à avaliação de três destes: a disponibilidade, a acessibilidade e o custo. Uma recolha de dados relativos às unidades de saúde na freguesia permitiu verificar a disponibilidade, não apenas em relação à sua existência e localização geográfica, mas também do tipo de serviços oferecidos. Quanto à acessibilidade, foi realizada uma análise de redes que permitiu medir a distância em metros, na rede, entre os lugares onde reside a população e as unidades de saúde. Por fim, através da realização de um inquérito, fez-se a avaliação da dimensão do custo. Os dados demonstram que, apesar da existência de serviços de saúde e de estes na sua maioria serem fáceis de alcançar, nem toda a população consegue alcançar os serviços desejados da mesma forma e com a mesma facilidade, sobretudo devido ao custo que aceder a serviços acarreta. Se por um lado os serviços, em Portugal têm um carácter gratuito e dessa forma alguma iniquidade em termos de acesso aos serviços é superada, por outro lado, os gastos no modo de deslocação vão ditar diferentes padrões de acesso, sobretudo no caso da procura de serviços hospitalares. Os resultados do inquérito realizado, mostram um recurso intenso ao transporte rodoviário individual, muito embora, este padrão predomine nas famílias com rendimento familiar médio e médio-alto e que inclui as famílias alargadas, com capacidade para suportar os custos associados ao acesso a este serviço. Em sentido oposto, são as famílias monoparentais com filhos dependentes, que mais dificuldades têm em aceder aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Acessibilidade, Acesso, Iniquidade, Serviços de Saúde





## **Abstract**

Increasing inequalities in access to health services are a concern of the main institutions and political policy makers worldwide. Promoting health and development entails ensuring that the population effectively have access to health services. This dissertation, using the case study of the borough of Rio de Mouro, in the municipality of Sintra, focuses on inequalities in terms of access to health services and the factors that contribute to them. We will start with the definition presented by Penchansky and Thomas in 1981 (in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017), which is based on five determinants, and we will then evaluate three of them: availability, access and affordability. A survey of data regarding the health centres in the borough allowed us to check availability, not only as regards their existence and geographical location, but also the kind of services offered. As to access, networks were analysed so as measure the distance in meters, within the network, between the places where the population lives and the health centres. Lastly, through an inquiry, costs were evaluated. The data show that, despite the existence of health services and the fact that the majority of them are within easy reach, not everyone is able to reach the intended services in the same way and with the same ease, especially due to the cost that reaching these services entails. If, on the one hand, services in Portugal are free of charge and therefore part of the iniquity in terms of access to these services is overcome, on the other hand the expenditure in transportation will determine different patterns of access, especially regarding the demand of hospital services. The results of the inquiry show an intense use of individual transportation, though this pattern is predominant in families with an average and average to high income and extended families with the capacity to bear the costs entailed by access to these services. Conversely, single-parent families with dependent children are those who experience more difficulties in accessing health services.

**Key words:** Accessibility, Access, Inequity, Health Services



## **1. Introdução**

O acesso aos serviços de saúde tem estado no topo das agendas políticas dos principais decisores e instituições, uma vez que se tem comprovado que o acesso não é igual para todos e, este facto, tem consequências socioeconómicas que são geradoras de maior desigualdade e maiores tensões sociais.

Definir, medir e comparar o acesso torna-se, neste contexto, fundamental, uma vez que, é através da compreensão e avaliação do fenómeno das desigualdades em aceder a serviços de saúde, que se podem formular políticas com vista a combater as disparidades verificadas. Promover um acesso equitativo, é também promover a saúde da população e combater, em parte, as desigualdades sociais, promovendo desta forma a integração social e o desenvolvimento.

Partindo de uma definição de acesso cuja mensurabilidade pode ser feita com recurso a dados estatísticos, a presente investigação aborda esta temática, utiliza como caso de estudo a freguesia de Rio de Mouro, um território suburbano, integrante da Área Metropolitana de Lisboa, com uma população jovem e bem instruída, quando comparada com a média regional e nacional.

O presente estudo é feito com o objectivo de avaliar o acesso da população da freguesia aos serviços de saúde, procurando-se encontrar evidências que ajudem a justificar as discrepâncias no acesso aos referidos serviços. Para tal recorreu-se, à recolha de dados estatísticos, a uma análise de redes e à realização de um inquérito.

Através desta análise pretende-se comparar quais os grupos mais desfavorecidos e quais as razões que os colocam em desvantagem perante outros grupos que residem no mesmo território e partilham os mesmos serviços de saúde.

Esta dissertação encontra-se dividida em seis capítulos. O primeiro corresponde à presente introdução. No segundo capítulo, é feita uma revisão bibliográfica onde são abordados os conceitos de saúde. No terceiro, são abordados os conceitos teóricos relativos aos serviços de saúde. No quarto capítulo, faz-se a distinção entre os conceitos de igualdade, equidade e iniquidade e faz-se ainda a abordagem às instituições

responsáveis pela área das políticas em saúde. O quinto capítulo diz respeito ao caso de estudo. No sexto, e último, são apresentadas as conclusões e as recomendações.

## **2. Saúde e Território**

### **2.1. O conceito de saúde e os determinantes de saúde**

“O primeiro problema que se coloca é o da definição do próprio conceito de «saúde» ” (Simões, 1989, p.86). O conceito de saúde, ou a forma como se entende o estado de saúde da população, sofreu alterações significativas ao longo dos tempos, sobretudo devido à forma como saúde passou a ser encarada. Segundo Brüssow (2013) o conceito não deve ser baseado em modelos puramente médicos, devido ao facto de a medicina lidar com a doença e não com a saúde. Numa fase inicial a prioridade para a saúde era combater a doença e, só mais tarde, o foco passou a uma dimensão mais subjetiva, relativa à autodeterminação e às escolhas individuais (Nobile, 2014), focando-se também na promoção da saúde. Desta forma, verifica-se que a definição de saúde, à semelhança de outros conceitos, varia no tempo e no espaço, em função dos valores da sociedade, constituindo-se esta, sempre, como um instrumento promotor da qualidade de vida das populações (Loureiro, Miranda, Miguel, 2013).

Com o intuito de criar uma definição universal do conceito de saúde, a Organização Mundial de Saúde, em 1946, define pela primeira vez, no Preambulo da sua constituição que saúde compreende um completo bem-estar físico, mental e social e que esta não se deve exclusivamente à ausência de doença. Este conceito foi mais tarde confirmado na Declaração de Alma-Ata (1978) em que a OMS desafiou a comunidade internacional ao desenvolvimento e manutenção dos cuidados de saúde primários, abrangendo, de forma universal, as populações. Nobile refere que esta definição de saúde tinha como objetivo implícito, o de “obrigar” os Estados a uma cooperação no sentido de melhorar o estado de saúde das populações, numa primeira fase centrada no combate à doença, e, mais tarde, focada na ideia de que essa cooperação levaria ao alcance de um estado de saúde físico, mental e social elevado (Nobile, 2014).

Mais tarde, já no ano de 1986, a OMS na Carta de Otava, define saúde com base na capacidade que cada indivíduo tem para atingir as suas aspirações e necessidades e com a forma como lida com o meio ambiente (OMS, 1986), isto é, abordando de forma implícita aquilo que deve ser a resiliência de cada indivíduo. A afirmação de que “a saúde tem implicações no modo como as pessoas são capazes de lidar com as mudanças

sociais e com a possibilidade coletiva de ajustamento, determinando até que ponto conseguem encontrar soluções apropriadas para os seus problemas e fortalecer a sua resiliência, quer a nível individual, quer do grupo social, feita por Loureiro, Miranda, Miguel (2013: 24-25) vem reforçar a importância da resiliência no contexto da saúde individual e coletiva.

Recentemente, no ano de 2009, em Haia, nos Países Baixos, teve lugar a conferência internacional *Is health a state or na ability? Towards a dynamic concept of health*, que deu origem ao artigo *How should we define health?* De Huber, Knottnerus, Green, Van Der Horst, Jadad, Kromhout, Schnabel (2011) onde saúde é definida como a capacidade que cada indivíduo tem de adaptação e de auto ajuste em virtude das mudanças a nível físico, económico e social, indo desta forma, novamente, ao encontro daquilo que deve ser a capacidade de reação e de adaptação às mudanças a nível individual e coletivo, como forma de alcançar um nível de saúde satisfatório.

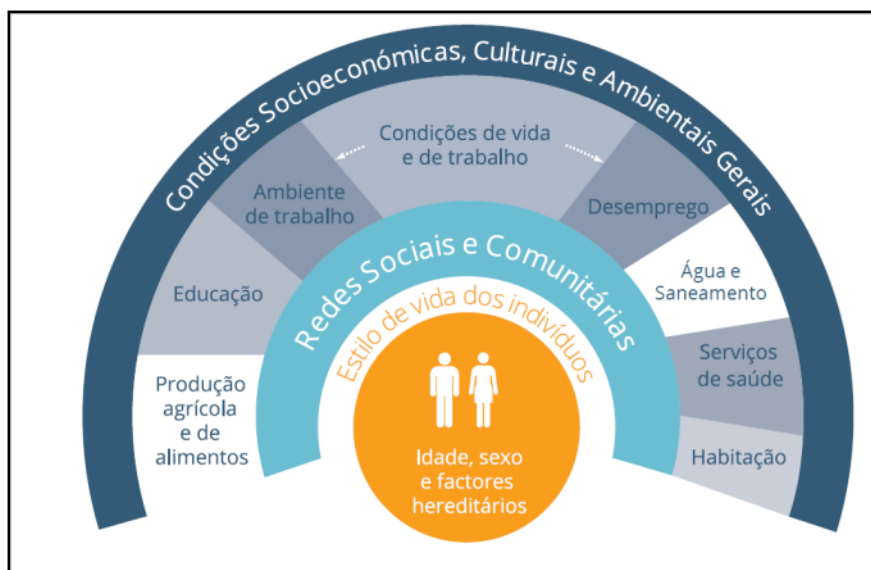
Apesar do conceito de saúde colocar o ónus no indivíduo quanto à capacidade/responsabilidade em este alcançar um estado de saúde satisfatório, a verdade é que a saúde individual e coletiva não se altera ao acaso nem exclusivamente por iniciativa individual. Existe um conjunto de fatores externos que desempenham um importante papel no desencadear de transformações na saúde dos indivíduos (Pascoal, 2013). Estes fatores são designados por determinantes de saúde e a grande maioria, cerca de 70% segundo George (2011), encontra-se fora do sector da saúde. Logo, quando se procede à avaliação do estado de saúde das populações é necessário ter em conta fatores que aparentemente nada se relacionam com a saúde, mas que a vão influenciar profundamente.

A forma como os determinantes influenciam o estado de saúde dos indivíduos é evidente, ainda assim são de difícil acreção as ponderações específicas de cada determinante (George, 2011). É sabido que estes não atuam sozinhos e que a forma como influenciam o estado de saúde das populações advém também das características culturais, sociais, entre outras, que faz com que os mesmos determinantes influenciem de forma distinta diferentes populações (Briz, 2012). Desta forma, torna-se importante uma visão holística quando se procede à avaliação do estado de saúde das populações (Santana, Vaz, Fachada, 2004).

Vários autores propõem a divisão dos determinantes em diferentes categorias com vista à distinção dos diferentes níveis de intervenção.

George (2011, p.1) divide os determinantes de saúde em cinco categorias: “fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso a serviços (habitação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)”.

Dahlgren e Whitehead, no ano de 1991 (in Ministério da Saúde, 2015), propuseram um modelo, amplamente conhecido, em que identificam e dividem os determinantes de saúde nas categorias de fatores biológicos, estilo de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais (fig.1). A primeira categoria está relacionada com as características biológicas que o indivíduo não consegue controlar, como a idade, o sexo e fatores hereditários. A categoria dos estilos de vida vai ao encontro da categorização (2011) que está relacionada com os hábitos individuais de cada um. As redes sociais e comunitárias têm a ver com o meio onde o indivíduo vive e que relações conseguem estabelecer na sua comunidade. Por fim, as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais relacionam-se com aspetos que o indivíduo não controla totalmente, mas em que a sua ação é fundamental com vista a melhorar as condições, como a habitação, serviços de saúde, condição no emprego, educação e, mesmo, produção agrícola e de alimentos.



*Figura 1 Determinantes de saúde (Adaptado de Dahlgren e Whitehead, 1991)*

*Fonte: Ministério da Saúde, 2015, p- 15.*

A categorização e avaliação dos determinantes de saúde vêm reforçar a ideia de que a saúde não é garantida de forma exclusiva pelos indivíduos ou pelo sector da saúde. Para a obtenção de um nível de saúde satisfatório é necessário um conjunto de estratégias, traduzidas em ações, coordenadas entre o Estado, a sociedade civil, o sistema de saúde e os restantes parceiros (Santos e Lima, 2017).

É neste contexto, de avaliação dos determinantes de saúde, que importa abordar a questão do acesso.

## **2.2. Acesso aos serviços de saúde**

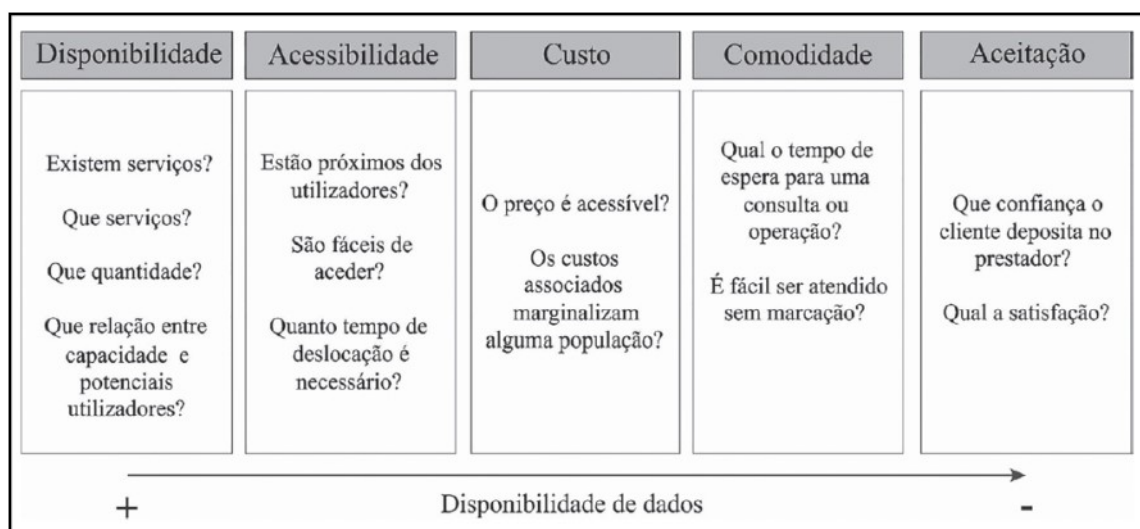
O conceito de acesso, à semelhança de outros conceitos, varia em função do tempo, do espaço, do contexto e do seu autor, sendo que quando associado aos serviços de saúde, é, por vezes, definido de forma pouco clara e precisa (Travassos e Martins, 2004). Neste sentido, há autores que definem acesso aos serviços de saúde de uma forma muito simplificada e outros que definem o conceito de uma forma mais ampla, tendo em conta várias etapas e/ou dimensões.



A definição apresentada por Donabedian (1973 in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017) foca-se, na etapa da utilização dos serviços e no grau de ajuste existente entre os serviços de saúde e as necessidades dos pacientes, que o próprio define como acessibilidade. Desta forma, apenas a adequação entre a oferta e a procura pode possibilitar uma utilização efetiva dos serviços.

Relativamente mais elaborada é a definição apresentada por Anderson (1995) que refere que o acesso é uma das componentes do sistema de saúde e este deve incorporar a etapa da utilização dos serviços de saúde, dividindo o conceito em duas componentes: o acesso potencial, que se prende com a existência de recursos; e o acesso realizado, que se refere à utilização dos serviços de saúde. Ainda segundo o mesmo autor, a utilização equitativa dos serviços de saúde depende das características demográficas da população e das suas necessidades (Anderson, 1995).

Por sua vez, Penchansky e Thomas (1981, in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017) definem o conceito de acesso de uma forma mais ampla, abrangente, com componentes que podem ser avaliadas através de métodos quantitativos e que estão a montante e a jusante, do ato de aceder efetivamente aos serviços de saúde por parte da população. Estes autores têm em conta aquilo que é o grau de ajustamento entre a procura por parte dos utentes e a oferta do sistema de saúde, identificando, para tal, cinco dimensões (fig.2) que devem ser analisadas: a disponibilidade, a acessibilidade, o custo, a comodidade e a aceitação.



*Figura 2 As cinco dimensões do acesso.*

*Fonte: Penchansky and Thomas (1981) a partir de Palma, Marques da Costa, Marques da Costa (2017).*

A análise das cinco dimensões do acesso permite avaliar e comparar as diferentes realidades socioeconómicas e territoriais.

A dimensão da disponibilidade permite avaliar a existência ou não de serviços no território. Para tal é necessário averiguar se existem serviços, que tipo de serviços, em que quantidade e qual a relação entre a capacidade destes e potenciais utilizadores (Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017). A disponibilidade de serviços de saúde têm uma influência bastante positiva nos resultados obtidos em saúde, como prova o estudo elaborado por Vogel, Ram, Goebel, Wagner, Gerstorf (2017) em que se verifica que a existência de mais unidades de saúde com capacidade para internamento, de mais funcionários por habitante, e mais funcionários na administração dos serviços de saúde resulta num maior bem-estar dos utentes em final de vida independentemente das suas características socioeconómicas e do seu lugar de residência. Os mesmos autores concluem que um maior número de instalações promove o bem-estar dos utentes (Vogel, Nina, Ram, Nilam, Goebel, Jan, Wagner, Gert, Gerstorf, 2017).

A dimensão da acessibilidade, com uma forte componente geográfica, está relacionada com a facilidade com que os utilizadores conseguem alcançar determinado serviço. Para avaliar esta dimensão importa saber se os serviços estão próximos do utilizador, se são fáceis de aceder e quanto tempo de deslocação é necessário. Esta análise tem em conta, sobretudo, métodos quantitativos que vão no sentido de avaliar a cobertura do serviço com base na distância em metros e na distância/tempo. A facilidade com que a população alcança os serviços de saúde a partir de uma determinada localização, é a forma como Penchansky e Thomas (1981, in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017) definem o conceito de acessibilidade, reforçando assim a ideia de que esta dimensão pode ser calculada com base na distância.

Exemplo disso é o estudo realizado por Palma, Marques da Costa, Marques da Costa (2017) onde demonstram que os serviços de radioterapia na região do Alentejo (NUTS II) se encontram nas cidades de Évora e Santarém deixando alguns habitantes a cerca de 150km do serviço. Esta distância compromete a acessibilidade a este tipo de serviços que se tornariam inviáveis se a sua distribuição fosse mais uniforme na região. Gonçalo Santinha (2013) fala na importância de haver um reforço das ligações aos

serviços de saúde, seja de uma forma direta, seja através da aplicação das novas tecnologias de informação e comunicação.

Ainda segundo Palma, Marques da Costa, Marques da Costa (2017), o custo é uma dimensão que deve ser analisada com base nos preços e com a capacidade de a população em poder suportar os custos que estão associados ao uso do serviço e entender de que forma a dificuldade em suportar os custos contribui para uma situação de marginalização da população. No caso português, o acesso a cuidados de saúde passou a ter um custo associado desde a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro onde estava prevista a aplicação de taxas moderadoras. Devido a esta alteração legislativa, a análise da dimensão do custo ganha ainda maior importância no caso do acesso aos cuidados de saúde em Portugal, uma vez que importa avaliar de que forma os diferentes grupos têm capacidade de suportar os custos associados à prestação do serviço.

Na dimensão da comodidade é necessário avaliar o tempo de espera para uma consulta, para uma operação ou outro ato médico e se há facilidade por parte do utente em ser atendido sem marcação prévia. São ainda tidas em conta as expectativas do utilizador em relação ao serviço do qual quer usufruir (Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017).

Por fim, a aceitação é uma dimensão que se prende com a perceção que os utentes têm dos serviços que lhes são prestados. Para avaliar esta dimensão é necessário entender qual o grau de confiança depositado no prestador e qual o grau de satisfação do utente (Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017). O grau de aceitação da prestação do serviço varia em função de uma série de fatores como a idade, o género, o nível de educação, entre outros (Shrestha, 2010).

A avaliação das cinco dimensões permite compreender se há um maior ou menor dificuldade em aceder aos serviços de saúde por parte das populações. Ainda assim, o facto das dimensões da comodidade e da aceitação serem de matérias subjetivas torna difícil encontrar um critério que possa ser replicado ou definir uma “linha limite” para a sua análise (Shrestha, 2010).

Como foi abordado, o lugar onde os serviços se encontram promove o acesso e promover o acesso é fundamental, uma vez que é a população mais pobre a que tende a

apresentar maiores níveis de doença devido ao facto de se verificar um acesso mais desfavorável aos serviços de saúde por parte deste grupo populacional (Santana, 1993).

Neste contexto, importa compreender como se organiza a rede pública de cuidados de saúde em Portugal

### 3. Serviços de saúde

Recorrendo à tipologia de Browning e Singleman (1978, in Alves 2005) os serviços podem ser divididos em quatro grupos: serviços de distribuição, serviços de produção, serviços pessoais e serviços sociais.

- Dentro dos serviços de distribuição estão incluídos o comércio e reparações, transportes e armazenamento e comunicações.
- Os serviços de produção compreendem os serviços financeiros, seguros, serviços às empresas, atividades imobiliárias e aluguer de máquinas e equipamentos.
- Os serviços pessoais incluem serviços domésticos, serviços culturais, serviços de lazer e recreio, restauração e hotelaria e outros serviços pessoais.
- Por último, os serviços sociais compreendem os serviços de educação, os serviços de ação social, serviços de administração pública e os serviços de saúde. São precisamente os serviços de saúde que importa abordar.

Ao longo dos anos, o propósito dos serviços de saúde foi-se alterando, passando de uma lógica de assistência em caso de doença para uma lógica de prevenção da mesma e promoção da saúde e do bem-estar. Esta alteração teve implicações tanto na forma como estes serviços passaram a ser encarados como na sua distribuição no território, uma vez que, para atingir os objetivos da promoção da saúde, houve a necessidade de uma maior aproximação aos utilizadores, devido à especificidade deste tipo de serviços, que “requer outro tipo de contacto de proximidade entre prestadores e utilizadores” (Alves, 2005, p.51).

No caso português, está previsto nos princípios gerais, ponto 2 da Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, 1990, que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” acrescentando na política de saúde, ponto 1, alínea b) que “é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”. (Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto da Assembleia da República, 1990).

Desta forma, o Estado assume a responsabilidade na prestação dos serviços de saúde, à semelhança do que acontece noutros países europeus, por forma a tornar estes serviços acessíveis a toda a população.

### **3.1. Distribuição dos serviços de saúde no território**

Os serviços de saúde não se distribuem de igual forma no território. Rice e Smith (2001) afirmam que independentemente do tipo de sistema de saúde, os serviços se encontram localizados de forma específica e que essa localização implica considerações geográficas que podem ter uma enorme relevância na forma como se acede a serviços de saúde e nos próprios resultados em saúde.

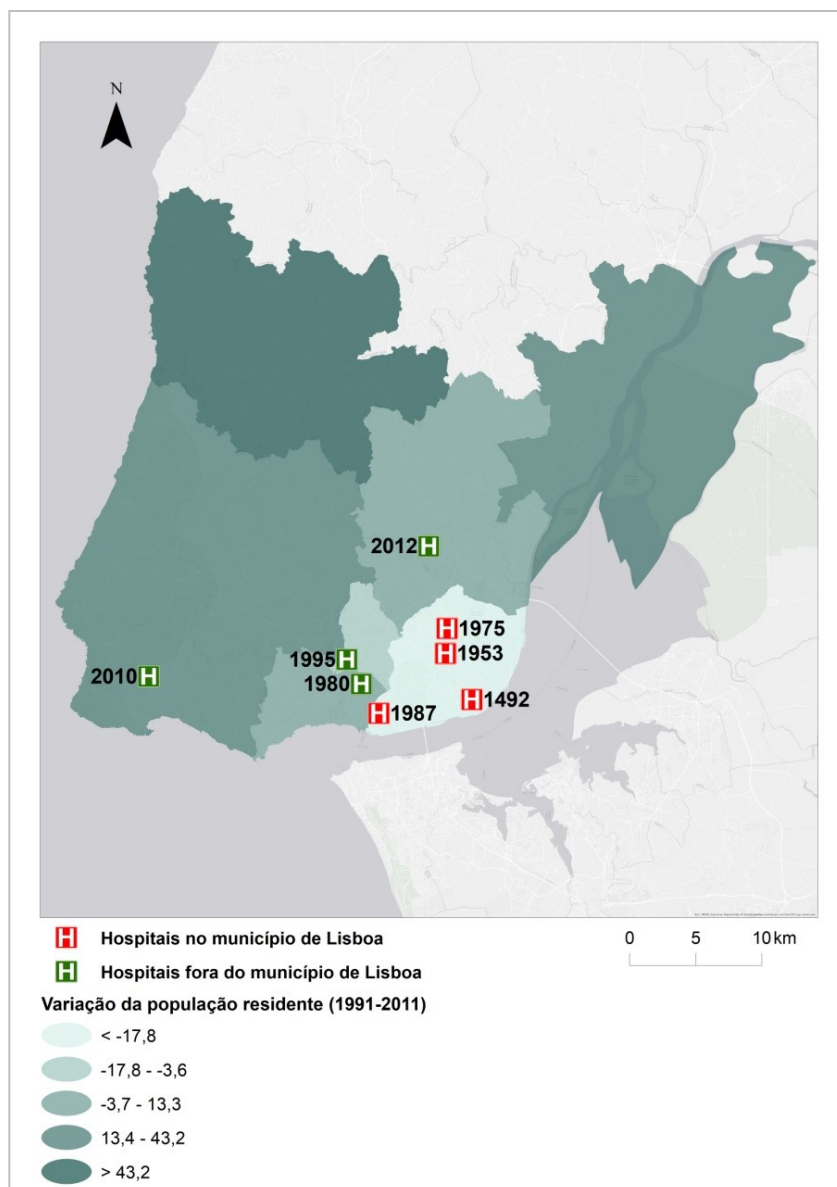
Santana (2005), Meade e Emch (2010) abordam o fato de que embora já com longa tradição no campo da investigação científica, o estudo dos padrões territoriais associados ao fenómeno da saúde e da doença, no atual contexto de globalização, vem ganhando um crescente interesse, tanto no campo da política, como no meio académico, refletindo, desta forma, a importância da saúde humana enquanto indicador de desenvolvimento e promotor da qualidade de vida.

Assim, a distribuição dos serviços no território “procura um compromisso entre a eficácia (número e repartição dos equipamentos) e equidade geográfica (minimizar custos de acesso aos utentes) ” (Alves, 2005, p.204), pretendendo assim reduzir as desigualdades e promover a integração e o desenvolvimento social e económico. Além da procura deste compromisso a lógica da distribuição espacial dos serviços de saúde, como de outros, assenta fortemente nas tendências demográficas que se vão alterando ao longo dos tempos. Alves (2005) explica que “os serviços públicos estão, em geral, concentrados dentro das grandes cidades em virtude de investimentos do passado que procuravam aproximá-los das áreas onde residia a maior parte da população”. Mas devido à redução do número de habitantes que reside nestas áreas em razão dos fenómenos de suburbanização, há tendência para os serviços se realocarem em áreas onde o preço do solo é mais baixo e onde os serviços conseguem estar mais próximos dos utentes, contribuindo desta forma para uma melhor acessibilidade (Alves, 2005, p.206).

O exemplo da abertura dos serviços pode ser evidenciado na região de Lisboa, onde nos últimos anos, as novas unidades hospitalares têm aberto na periferia, fruto das alterações demográficas. O processo de suburbanização na AML, é bem conhecido e não é novo, Fonseca (1990, p.233) refere que “na década de sessenta a capital perdeu o equivalente a 4,1% da população, enquanto os outros municípios que englobamos na Grande Lisboa registaram um aumento demográfico de 48,5%”. Este aumento da “pressão” demográfica na periferia de Lisboa, que continua a ser sentida nos dias de hoje, levou a que a procura por serviços aumentasse nos municípios limítrofes de Lisboa. Esta nova lógica da distribuição dos serviços hospitalares pode ser comprovada através do cruzamento da localização das unidades hospitalares da AML Norte e das suas datas de abertura (fig. 3).

No município de Lisboa os hospitais de São José (1492), Santa Maria (1953), Pulido Valente (1975) e Francisco Xavier (1987) são exemplos de unidades hospitalares com datas de construção anteriores às verificadas nas unidades construídas na periferia de Lisboa. Os casos do Hospital de Santa Cruz (1980), Dr. Fernando da Fonseca (1995), Dr. José de Almeida (2010) e Beatriz Ângelo (2012) revelam a necessidade que existiu em abrir novas unidades hospitalares nos municípios que viram a sua população aumentar nas últimas décadas.

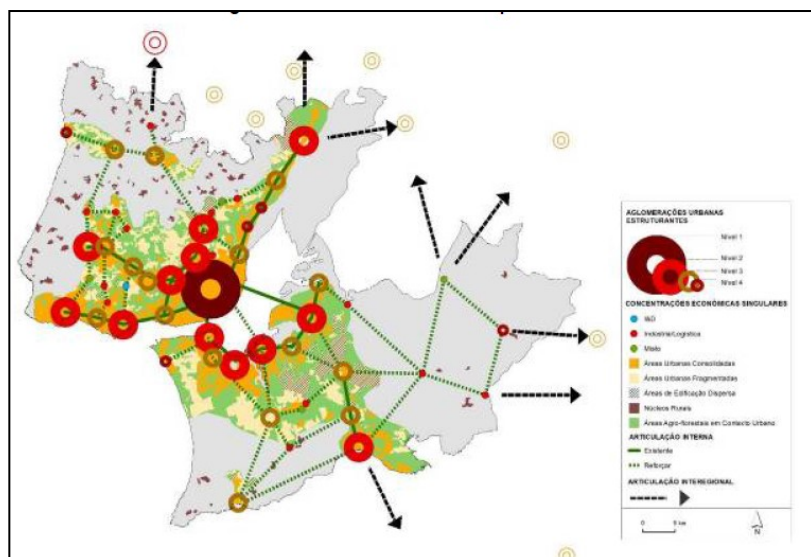
Constata-se, desta forma, que a abertura das unidades hospitalares na AML Norte vai ao encontro das teorias da hierarquia funcional urbana, anteriormente descritas. Numa primeira fase a abertura destas unidades deu-se no maior polo, ou seja, na cidade de Lisboa e, mais recentemente, houve a necessidade de abrir novas unidades nos polos de segundo nível, mais concretamente, Amadora, Loures, Oeiras e Cascais (fig. 4). Assim, os cuidados de saúde ficam mais próximos das populações residentes nos polos de segundo nível, bem como dos residentes nos polos de nível inferior, fruto das relações estabelecidas, também anteriormente descritas.



*Figura 3 Data de abertura dos hospitais e variação (%) da população residente entre 1991 e 2011 na AML Norte.*

*Fonte: Elaboração própria.*





*Figura 4 Hierarquia funcional urbana da Área Metropolitana de Lisboa.*

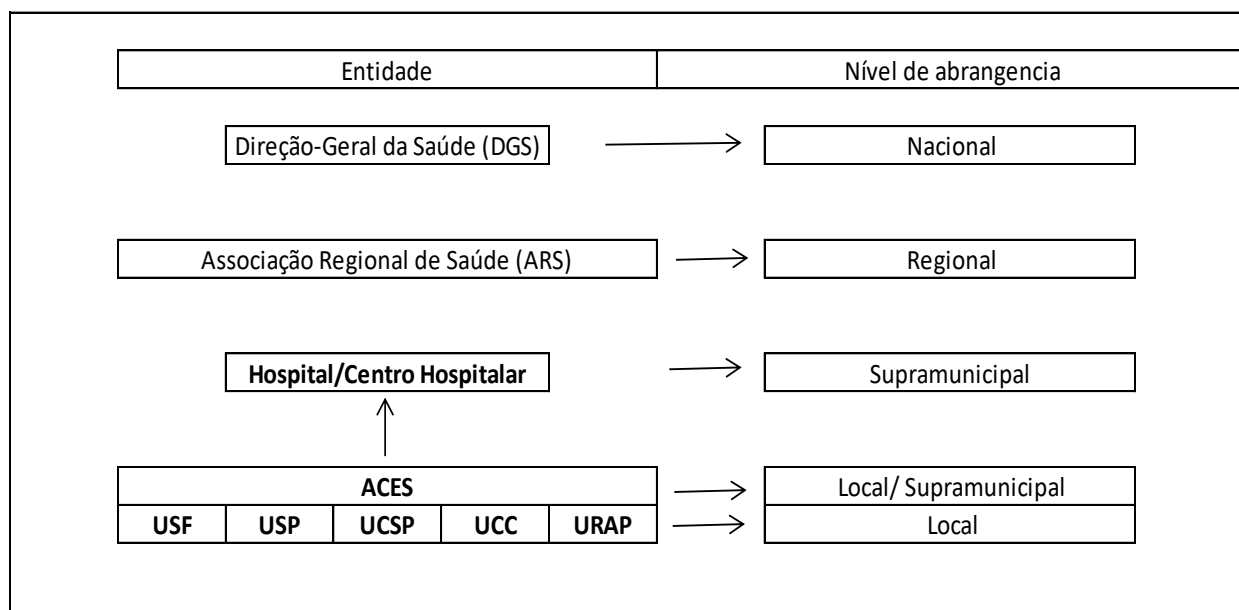
*Fonte: CCDR Lisboa e Vale do Tejo, PROT AML, 2009.*

### **3.2. Rede de cuidados de saúde públicos em Portugal**

A organização dos serviços de saúde públicos, em Portugal, é complexa (Fig 5). Esta encontra-se sobre a tutela do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS define-se como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” tem como missão coordenar os serviços de saúde para que estes sejam possíveis de alcançar por parte da população (Capítulo I, Artigo 1º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde - Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

A organização dos serviços de saúde públicos compreende assim, os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.



*Figura 5 Hierarquia das diferentes entidades de saúde e respetiva abrangência territorial.*

*Fonte: Elaboração própria*

### 3.3. Cuidados de saúde primários

Nos cuidados de saúde primários encontram-se os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que englobam os Centros de Saúde, as Extensões de Saúde, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Recursos Assistenciais e as Unidades de Saúde Familiar. São estes que prestam os cuidados de saúde básicos às populações numa rede mais difusa e de maior proximidade.

Os AceS são “serviços públicos de saúde, com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde e que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/6998?modal=1>).

O Centro de saúde é um “Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na

primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua ação tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Pode ser dotado de internamento” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/4454?modal=1>).

A extensão do centro de saúde é uma “Unidade periférica dos Centros de Saúde, situada em local da sua área de influência, tendo em vista proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1115?modal=1>).

A unidade de cuidados de saúde personalizados é uma “unidade funcional de um agrupamento de centros de saúde (ACES), constituída por uma equipa de médicos, enfermeiros e administrativos, que presta cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8565?modal=1>).

A unidade de cuidados na comunidade é uma “unidade funcional de um agrupamento de centros de saúde (ACES) que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco, dependência física e funcional ou por doença, a necessitar de acompanhamento próximo, atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, e participa na rede nacional de cuidados continuados, integrando a equipa coordenadora local” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8569?modal=1>).

A unidade de recursos assistenciais partilhados “presta serviços assistenciais e de consultoria às unidades de saúde familiar (USF), de cuidados de saúde personalizados (UCSP), de cuidados na comunidade (UCC), de saúde pública (USP) e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8572?modal=1>).

A Unidade de Saúde Familiar é uma “Unidade funcional que pode integrar um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e que se constitui como a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, assente numa equipa multiprofissional de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, com autonomia técnica e sendo responsável pela prestação dos cuidados de saúde que constam da respetiva carteira de serviços, publicada em diário da república, aos utentes lá inscritos” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8573?modal=1>).

Por fim, a unidade de saúde pública “atua como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, e colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde” (INE, <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/6306?modal=1>).

Os cuidados de saúde hospitalares são constituídos por Centros Hospitalares e Hospitais. A diferença entre os centros hospitalares e os hospitais reside no facto de os primeiros resultarem de uma integração de vários hospitais por forma a partilhar recursos. O legislador entendeu que ao nível do Serviço Nacional de Saúde a “prestação dos cuidados de saúde diferenciados ficará reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respetivas valências e diferenciação tecnológica, forem reestruturados através da sua integração em centros hospitalares, ou formarem grupos sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitirá maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam” (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho).

A organização da rede de cuidados de saúde pública, vai, uma vez mais ao encontro das teorias da organização hierárquica funcional urbana, no sentido em que é nos maiores aglomerados urbanos que se tendem a concentrar os serviços hospitalares e, alguns serviços de cuidados de saúde primários. Os aglomerados urbanos que na hierarquia são de nível inferior, tendem a ser servidos por serviços de saúde da rede primária, dependendo dos maiores polos para a obtenção de cuidados hospitalares.

#### 4. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde

De acordo com Baleizão (2010) o problema das desigualdades em saúde é antigo, mas este foi-se propagando ao longo dos tempos e está relacionado com os fatores de risco e de proteção da população. Já nos anos de 1970 e meados de 1980 as desigualdades em saúde eram uma questão fundamental. (Linares-Pérez e Arellano, 2008).

A preocupação com as desigualdades em saúde tem vindo, novamente, a estar no centro das atenções por parte das principais instituições e dos governos dos diversos países, devido à relação que é estabelecida entre os problemas socioeconómicos e uma maior propensão para contrair doenças por parte de determinados grupos sociais.

O estudo desta relação ganhou especial importância a partir da publicação do *Black Report* de Black (1980), onde se verificava um aumento das desigualdades em saúde na população britânica e em que eram visíveis relações significativas entre o estrato social e a incidência de determinadas doenças (Fahel e Neves, 2009).

Exemplos de outros autores que estudaram esta relação são os de Kennedy, Kawachi, e Prothrow-Stith (1996) e Kaplan, Pamuk, Lynch (1996) que demonstraram a relação existente entre o salário e a desigual distribuição das maiores tendências de mortalidade nos Estados Unidos da América e a variação verificada nas taxas de homicídios em função do rendimento da população, respetivamente.

No Brasil, Travassos, Fernandez e Pérez (1995) desenvolveram estudos em que comprovam que os níveis de mortalidade na população urbana aumentam de forma inversamente proporcional ao rendimento dos agregados.

Mais recentemente, e em relação ao caso Europeu, Sienkiewicz (2010) faz referência às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, afirmando que estas são determinadas pelas condições socioeconómicas que colocam os grupos mais desfavorecidos numa situação de desvantagem. O mesmo autor reforça ainda que há tipos serviços que são prestados que podem ser desajustadas das realidades dos vários grupos sociais.

Através dos estudos referidos anteriormente é possível constatar que o fenómeno das desigualdades em saúde se expressa da mesma forma no espaço e no tempo, nas diferentes sociedades e que o padrão se repete, sendo os grupos mais desfavorecidos que mais dificuldades económicas vão ter e onde as diferenças sociais se fazem sentir de forma particular, verificando-se um quadro de diferenças epidemiológicas e de consumo dos serviços de saúde (Fahel e Neves, 2009).

Desta forma, a ideia apresentada por Dahlgren e Whitehead (1991) de que se assiste em todas as sociedades ao facto que de os grupos que vivem em maior desvantagem económica serem também aqueles onde as doenças de maior incidência recaem, é reforçada. Os autores afirmam que no grupo dos mais desfavorecidos, estão “os filhos de pais separados com baixos estudos e rendimentos baixos, idosos a residir sozinhos, trabalhadores emigrantes e desempregados de longa duração” (Dahlgren e Whitehead, 1991, p.5).

Devido ao facto de serem estes os grupos sociais que mais dificuldades têm no acesso aos serviços de saúde, devem ser, também, sobre estes que deverão recair as maiores ajudas por forma a atenuar as desigualdades verificadas. Neste sentido, Woodward e Kawachi (2000) acreditam que a eliminação das desigualdades no acesso à saúde vai interferir nas interações sociais, tornando a vivência em sociedade mais saudável, registando-se menores índices de violência e por conseguinte, uma maior sensação de segurança o que leva os indivíduos a sentirem que fazem parte da comunidade e desta forma a integração social torna-se mais fácil.

É neste contexto, de agravamento das desigualdades e de incapacidade por parte da população afectada para conseguir, por si só, ultrapassar esta situação, que o combate às diferenças verificadas no estado de saúde das populações tem sido prioridade de grandes instituições como a OMS e a UE, bem como dos diversos países que estabelecem a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, como forma de atenuar este fenómeno e de promover a saúde (Almeida, 2002; Anderson, 1995; Balzeirão, 2010; Braveman, 1998; Corburn, 2017; Fahel e Neves, 2009).

## **4.1. Igualdade, equidade e iniquidade no acesso**

### **4.1.1. Igualdade**

As primeiras referências a este conceito, em termos constitucionais, aparecem nas constituições dos Estados Unidos da América e constituição de França nos anos de 1787 e 1791, respetivamente. Bourdieu e Passeron (1982) destacam que o princípio da igualdade, após a revolução francesa, ganhou bastante relevância para aquilo que representa a vida em comum, servindo este como um escudo contra a opressão e como uma ferramenta para a equiparação na participação política.

Em Portugal, a igualdade aparece consagrada no artigo 13º da Constituição da República, em que está escrito “1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. 2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual”. Desta forma, em termos legais, todos os cidadãos residentes em território português partem e beneficiam de uma situação de igualdade perante a lei, “aos olhos” do Estado.

No entanto, mesmo com a igualdade consagrada na legislação, não é fácil definir em concreto o que significa e o que representa em si a igualdade. A definição deste conceito varia em função do seu autor.

Elizabeth (2017) refere que a discordância entre os defensores da igualdade se divide fundamentalmente em dois campos, aqueles que aceitam a igualdade e o bem-estar como um objeto legítimo e os que apenas se preocupam em equalizar recursos.

Cohen (1989) afirma que a igualdade exige que as pessoas sejam compensadas pelos baixos salários que auferem e que essa compensação deve ser feita com recurso a distrações dispendiosas por forma a proporcionar à população em causa um elevado nível de satisfação. O autor remete assim a definição de igualdade para o campo da equalização de oportunidades.

Dworkin (2007), baseando-se na realidade dos Estados Unidos, afirma que o Estado deveria compensar os indivíduos por qualquer risco que esses indivíduos em teoria, tivessem feito seguros contra, partindo do princípio de que todos estariam vulneráveis aos mesmos riscos.

Mais recentemente, e segundo Elizabeth (2017), a teorização sobre a igualdade passou a ser dominada pela ideia de que o objetivo desta é compensar as pessoas que, por diversas razões, padecem de uma desvantagem em relação às restantes (porque nascem pobres; devido a acidentes; situação de desemprego; etc.). Acrescenta ainda que as teorias da igualdade, atualmente resultam de um núcleo híbrido entre o capitalismo e o estado-social.

É neste contexto que Elizabeth (2017) defende aquilo a que chama de igualdade democrática. A autora afirma que o conceito se define como o garantir a todos os cidadãos cumpridores da lei, acesso às condições sociais da sua liberdade, em todos os momentos. Na igualdade democrática, o Estado deve garantir a liberdade aos seus cidadãos, baseado no princípio da igual distribuição, mas este não pretende dizer como devem as pessoas utilizar as suas oportunidades, nem como fazer as suas escolhas, mas sim evitar uma falência coletiva, evitando que os mais imprudentes causem a falência do sistema e limitando os bem distribuídos de forma coletiva, exigindo sempre uma responsabilidade pessoal pelo uso dos bens coletivos. Conclui afirmando “a igualdade democrática volta a focar a teorização igualitária de várias maneiras. Ela concebe a justiça como uma questão de obrigações que não são definidas pela satisfação de preferências subjetivas. Isso garante que os direitos das pessoas não dependam de variações arbitrárias nos gostos individuais e que as pessoas não possam reivindicar direitos sem aceitar as obrigações correspondentes aos outros” (Elizabeth, 2017, p.336).

Em todas as definições apresentadas, a noção de que a distribuição de recursos de igual forma, independentemente da posição dos diferentes indivíduos na hierarquia social, está presente. É com base nesta ideia que também se define o que é igualdade em saúde.

Braveman e Gruskin (2003, p.256) afirmam que a igualdade em saúde se prende com o facto de se ter igual oportunidade para se ser saudável, para todos os grupos sociais. Os autores acrescentam que esta igualdade de oportunidade se refere à realização do maior nível possível de um bem-estar físico e mental, por parte da



população, tendo em conta as suas limitações biológicas. Além disso os autores acrescentam que a equalização das oportunidades requer lidar com os determinantes de saúde socioeconómicos, que são os mais importantes.

Elizabeth (2017, pp.326-327) reforça esta ideia afirmando que “a igualdade democrática garante o acesso efetivo às condições sociais de liberdade a todos os cidadãos, independentemente do grau de imprudência com que estes conduzam as suas vidas. Não priva os cidadãos negligentes ou autodestrutivos de cuidados médicos necessários”.

É neste contexto que definir equidade se torna relevante.

#### **4.1.2. A equidade**

A equidade no acesso aos serviços de saúde tem vindo a ganhar cada vez mais relevância, uma vez que há indícios bastante claros de que um acesso a cuidados de saúde de forma abrangente determina melhores resultados na saúde da população (Beasley et al, 2007; Montegut, 2007) e neste sentido, políticas que promovam a equidade estão também a promover a melhoria do estado de saúde das populações.

A importância da promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde está assente na ideia de que a diferença verificada nos estados de saúde das populações não reside exclusivamente nos fatores biológicos ou outros pré-determinados, mas sim que tais diferenças estão relacionadas com fatores sociais, económicos e comportamentais que podem, por exemplo, ser influenciados através de políticas orientadas para a equidade em saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991). Liu, Zhao, Cai, Yamada e Yamada (2002) afirmam mesmo que em termos conceptuais, a equidade deve ser o principal objetivo dos sistemas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a como a ausência de diferenças que possam ser injustas e que são evitáveis, na saúde, entre grupos populacionais definidos em termos sociais, económicos, demográficos ou geográficos (OMS, 2007).

Para autores, como Braveman e Organização Mundial da Saúde (1998), a equidade em saúde prende-se com a minimização das disparidades que são evitáveis na

saúde e nos seus determinantes entre os diferentes grupos sociais. Granja, Zoboli, Fortes, Fracolli (2010) definem equidade como o tratamento de cada utente em função das suas necessidades específicas, dando prioridade aos utentes mais necessitados depois de haver a garantia do acesso a todos sem qualquer tipo de discriminação. Almeida (2002) afirma que o conceito de equidade remete para a questão da justiça distributiva, do Estado e dos direitos dos cidadãos.

Proctor (2008) afirma que equidade assenta em garantir que as pessoas que se quer ajudar sejam parte da solução e que as soluções geradas sejam benéficas por forma a dar a oportunidade das populações levarem uma vida mais saudável.

Santinha (2014, p.130) afirma que a noção de equidade “(...) implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde”.

Ridde, Guichard, Houéto (2007), por sua vez, referem-se à equidade como um termo polissémico e que este se relaciona com a noção de justiça social. Os autores afirmam ainda que quando os princípios da equidade e da justiça social estão em causa as desigualdades são expressas nos diferentes estados de saúde dos indivíduos (Ridde Guichard, Houéto, 2007). Citando Corburn, “a equidade em saúde envolve esforços focados para enfrentar desigualdades sociais evitáveis ao igualar as condições de saúde para todos os grupos, especialmente para aqueles que sofreram desvantagens socioeconómicas ou injustiças históricas” (Corburn, 2017, p.1).

Starfield (2001) e Liu, Zhao, Cai, Yamada e Yamada (2002) abordam a equidade aos cuidados de saúde considerando uma dupla perspetiva: a da equidade horizontal (pessoas com necessidades semelhantes devem ser tratadas de forma análoga) e a da equidade vertical (pessoas com diferentes necessidades devem ser tratadas de forma distinta com a devida proporção e com as respetivas diferenças).

Assim sendo, Braveman e Gruskin (2003) afirmam que equidade em saúde se prende com a ausência de diferenças sistemáticas na saúde, entre grupos socialmente diferentes com vantagens ou desvantagens subjacentes que se encontram em posições distintas na hierarquia social.

Em todas as definições apresentadas a noção da justiça espacial, a redução das desigualdades que penalizam os grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos e a

promoção do acesso equitativo estão presentes. É neste sentido que Dahlgren e Whitehead (1991) afirmam que as políticas de promoção da equidade em saúde devem ter como base facilitar, a grupos mais desfavorecidos, o evitar de riscos em saúde, que são de facto evitáveis, e tornar as escolhas saudáveis tão fáceis a estes grupos como estas são para os grupos mais favorecidos. Os mesmos autores referem que qualquer política de saúde que não tenha em conta as diferenças sistemáticas verificadas é uma política eticamente incorreta e mesmo ineficiente no que ao desenvolvimento em saúde diz respeito (Dahlgren e Whitehead, 1991).

Há diversos exemplos de casos onde se procurou promover a equidade em saúde. Dahlgren e Whitehead (1991) fazem referência aos Países Baixos e à Suécia, que definiram políticas públicas que tinham como meta principal atingir equidade em saúde, depois de verificarem desigualdades internas bastante significativas. Assim sendo, na Suécia, em 1990, foi aprovado um projeto de lei que definia a redução das desigualdades em saúde como o objetivo prioritário no campo das políticas públicas de saúde. Nos Países Baixos, no ano de 1986, um grupo de estudos do Departamento de saúde bem-estar e cultura, definiu cinco pontos estratégicos com vista à resolução do problema: definição política do problema de equidade em saúde; sensibilização dos atores sociais; atualização dos fatos dentro do processo de decisão política; envolvimento de todas as partes no processo de redução das desigualdades em saúde; planeamento e acompanhamento das ações implementadas.

#### **4.1.3. Iniquidade**

Esta temática é relevante em todos os territórios, mas, o alerta em relação ao aumento das desigualdades nos lugares urbanos tem vindo a aumentar e não devem ser desprezados. As Nações Unidas e a Organização mundial de Saúde (2016) confirmam esta tendência em todo o mundo.

Corburn afirma mesmo que “os lugares urbanos e a equidade em saúde são dois dos conceitos mais desafiantes para a saúde ambiental do século XXI” (2017, p.1). O facto de o grau de urbanização a nível mundial ser o mais elevado de sempre, leva a que as desigualdades aumentem devido aos fenómenos de segregação que se vão observando.

É neste contexto que devem ser abordadas estas desigualdades que podem provocar injustiças sociais.

Ridde, Guichard, Houéto (p.13, 2007) falam da falta de consenso no uso dos termos “desigualdades, diferenças e disparidades”, mas afirmam que “o que se deve reter desses debates é que a forma como as questões são apresentadas depende se essas disparidades são entendidas como diferenças (inevitáveis) ou como desigualdades (evitáveis e injustas)”. No entanto, quando não são realizados esforços com o objectivo de combater as desigualdades verificadas entre os diferentes grupos sociais, pode-se falar de iniquidade.

Margaret Whitehead reforça esta ideia quando afirma que iniquidades se refere à existência de variações que não são apenas desnecessárias e evitáveis, mas que são também injustas (Whitehead, 1992) e nesse sentido, iníquas. A mesma autora destaca que todas as iniquidades são consideradas desigualdades, mas nem todas as desigualdades são iniquidades na medida em que uma iniquidade é uma desigualdade injusta e potencialmente evitável (Whitehead, 1992).

Baleizão (2010, p.21) afirma que “a iniquidade pode ser considerada uma desigualdade injusta que pode ser evitada através de medidas políticas”.

Assim, quando não se procede por forma a proporcionar, aos grupos social, económica e geograficamente mais desfavorecidos, um tratamento equitativo no que a acesso à saúde diz respeito, estes grupos sociais estão a ser colocados perante injustiças às quais não vão conseguir responder. Desta forma, perpetuam-se situações de doença desnecessárias e injustas. A iniquidade deixa assim de ser um processo e passa a ser um estado. Vladeck (1981) observou que há vários milhares de casos por dia de pessoas que não conseguem receber os cuidados necessários devido às barreiras económicas, à dificuldade em aceder a transporte, por discriminação étnica ou racial ou mesmo devido à indisponibilidade de serviços.

## 4.2. Políticas

Fazer política, independentemente da área em causa, implica envolver vários agentes, de diferentes hierarquias. No caso da saúde, é a OMS a responsável máxima pelas orientações tomadas em tudo o que a política de saúde mundial diz respeito. Estas orientações vão depois ser adotadas pelas diferentes entidades territoriais em função das suas necessidades específicas. A União Europeia adota algumas orientações que tenta harmonizar no espaço europeu por forma a promover a saúde em todo o território. Cada Estado-membro adota também as orientações e, dependendo do tipo de autonomia regional em cada Estado (fig.6) as diferentes regiões são também responsáveis pela adoção de medidas de política no sentido de promover a saúde dos seus cidadãos.

Nível de Autonomia				
	Alto	Médio	Baixo	Não existe
<b>Estados Federais</b>				
Austria	Todo o País			
Bélgica	Todo o País			
Alemanha	Todo o País			
<b>Estados Regionais</b>				
Itália		Regiões com 'Status Especial'	Regiões com 'Status Ordinário'	
Espanha	Andalusia, País Basco, Canárias, Catalunha, Galiza, Navarra, C. Valênciana	O resto do País		
<b>Estados 'Regionalizados'</b>				
França		Possivelmente a Córsega	Todo o País	
Portugal		Açores, Madeira		Portugal Continental
Reino Unido	Escócia	Irlanda do Norte, País de Gales	Londres	Regiões Inglesas
<b>Estados Centralizados</b>				
Dinamarca				Todo o País
Finlândia				Todo o País
Grécia				Todo o País
Irlanda				Todo o País
Luxemburgo				Todo o País
Países Baixos				Todo o País
Suécia				Todo o País

*Figura 6 Níveis de autonomia regional na União Europeia.*

*Fonte: traduzido a partir de Keating, 1998.*

#### **4.2.1. Organização Mundial da Saúde**

Fundada em 7 de abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde tem vindo a desempenhar um papel fundamental na formulação das políticas de saúde a nível mundial. Esta tem como principais desígnios “liderar em assuntos críticos para a saúde e envolver parcerias onde uma ação conjunta é necessária; formar a agenda de pesquisa e estimular a criação, tradução e disseminação de conhecimentos valiosos; estabelecer normas e padrões e promover e monitorizar a sua implementação; articular opções de políticas éticas baseadas em evidências; fornecer apoio técnico, catalisando a mudança e construindo capacidade institucional sustentável; acompanhar a situação sanitária e a avaliação das tendências da saúde.” (OMS, 2016).

Constata-se que muitas partes do mundo foram influenciadas pela OMS, no sentido em que, graças à organização, a saúde passou a ser abordada, não apenas na vertente que se relaciona com cuidados de saúde, mas também, passou a estar assente num compromisso com a equidade e reforma social (Kickbusch, 2003).

Uma das mudanças mais importantes, que impulsionou e fomentou alterações na forma como a saúde passou a ser encarada, foi a Conferencia Internacional, no ano de 1986, onde foi adotada a Carta de Otava. Foi após a adoção desta que a orientação da promoção da saúde deixou de estar focada nos comportamentos de risco individuais e passou a abordar o contexto das ações de saúde e os determinantes de saúde nas suas várias dimensões (Kickbusch, 2003). No fundo, a Carta de Otava entronca em algumas das definições apresentadas anteriormente sobre como deve ser entendida a saúde nos dias de hoje e salienta que a saúde deve ser um recurso para a vida e não meramente um objetivo de vida.

É desta forma, e com base nas redefinições anteriormente descritas que se vai realizar o trabalho, ao longo dos anos, em estreita articulação com as delegações regionais e que se vão definindo estratégias de promoção da saúde a nível mundial com base em documentos estratégicos.

Fazendo referência aos documentos recentes, mais relevantes, destaca-se, no ano de 1998, o “Saúde21 – Saúde para todos no século XXI” (OMS, 1998). Este documento de política contou com dois objetivos principais: promoção e proteção da saúde das

peçoas ao longo de toda a sua vida; e redução das principais doenças assim como o sofrimento que estas causam. (OMS, 1998). A criação deste documento baseou-se em “três valores básicos do fundamento ético” que foram “a saúde é fundamental enquanto um direito humano; equidade em saúde e solidariedade entre e dentro de todos os países e os seus habitantes; participação e responsabilidade de indivíduos, grupos, instituição e comunidades, para o desenvolvimento contínuo em saúde” (OMS, 1998, p.8).

Outro que se destaca, foi lançado no ano de 2013 pela Secção Europeia da OMS - o Saúde 2020 que apresenta seis objetivos com vista à melhoria do estado de saúde das populações.

- “1. Reduzir a mortalidade prematura na Região Europeia até 2020.
2. Aumentar a expectativa de vida na Região Europeia.
3. Reduzir as desigualdades na saúde na Região Europeia.
4. Melhorar o bem-estar da população da Região Europeia.
5. Assegurar a cobertura universal e o direito ao mais alto nível de saúde possível.
6. Estabelecer metas nacionais relacionadas à saúde nos Estados Membros.” (OMS, 2013, p.11).

Apesar de todos os esforços, as desigualdades ainda são assinaláveis. Por um lado, é possível constatar que as disparidades no acesso aos serviços de saúde a nível mundial, são ainda maiores que há três décadas e, por outro lado, o foco das políticas de saúde continuam a ser os gastos que estão relacionados com os serviços médicos e não com o investimento nos determinantes de saúde (Levin e Ziglio, 1996).

#### **4.2.2. União Europeia**

A adesão de Portugal à União Europeia, no ano de 1986, marcou o início de uma nova era de desenvolvimento político, económico e social. O país aderiu à UE partindo de uma situação bastante desvantajosa em relação aos restantes membros, uma vez que o seu nível de desenvolvimento era muito baixo, tendo os fundos comunitários, contribuído para a qualificação dos recursos humanos e a promoção do desenvolvimento do território de forma harmoniosa (Alves e Carvalho, 2007).

Gaspar (2010) dando ênfase aos grandes progressos que se verificaram no país, afirma que é impossível avaliar a curto e médio prazo os reais impactos que as novas infraestruturas provocaram na economia e na sociedade. A infraestruturização do território foi possível devido aos fundos comunitários, que por via dos Quadros Comunitários de Apoio (QCA) e, mais recentemente, do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN), chegaram ao país sobre a forma de envelopes financeiros alocados a projetos específicos.

As alterações profundas do desenvolvimento nacional traduziram-se principalmente num crescimento significativo do PIB *per capita*, no desenvolvimento de infraestruturas de acessibilidade e transportes, no aumento da cobertura com as infraestruturas básicas, numa maior aposta na sustentabilidade ambiental e no progresso da sociedade da informação (Alves e Carvalho, 2007). Veja-se o exemplo do abastecimento de água domiciliário que no ano de 1970 correspondia a 40%, no ano de 1990 era de 77% e no ano de 2007 atinge os 92% (Gaspar, 2010).

Estas transformações significativas, alavancadas em envelopes financeiros foram acompanhadas por outras medidas, na área da saúde em concreto, em termos legislativos.

A primeira referência às políticas de saúde na UE foi feita no Tratado de Maastricht, em que se estabeleceu que os serviços de saúde são da responsabilidade dos estados-membros. O artigo 152º deste tratado define que a saúde pública tem carácter comunitário e que isto se prende com o facto de ser necessário orientar esta política para uma melhoria da informação e das respostas rápidas às diversas ameaças (Guimarães e Giovanella, 2006). Este tratado impôs alguns ajustes macroeconómicos que geraram dinâmicas que tiveram impacto nos sistemas de saúde dos diversos estados-membros, nomeadamente no que diz respeito às restrições para a ação nas políticas sociais (Guimarães e Giovanella, 2006).

Além desta responsabilidade introduzida pelo tratado de Maastricht, as quatro liberdades vieram contribuir para alterações significativas no âmbito da saúde e dos serviços de saúde. A liberdade de livre circulação de pessoas teve impacto significativo no que às garantias dos direitos sociais e na oferta de saúde diz respeito (Busse, Drews, Wismar, 2002). As alterações no mercado de trabalho, nomeadamente na adaptação dos diplomas e dos currículos, contribuíram para uma circulação mais fácil dos profissionais



de saúde. A livre circulação de mercadorias teve impacto na oferta e na distribuição dos medicamentos e contribuiu para a criação da Agência Europeia do Medicamento com funções de registo, certificação e licenciamento. A livre circulação de serviços contribuiu para um aumento e disseminação da oferta de seguros privados de saúde. A livre circulação de capitais teve efeitos sobre os investimentos, nomeadamente hospitalares, que de alguma forma vieram dificultar a oferta hospitalar sobretudo quando este serviço é público (Guimarães e Giovanella, 2006).

A pertença a um espaço único comum leva a que exista a necessidade de harmonização das políticas por forma a garantir a proteção de todos os cidadãos que nele circulem.

Assim, para promover políticas de saúde a UE desenvolve estratégias concertadas com os estados-membros para possibilitar uma intervenção harmonizada em todo o território. Exemplo disso é a estratégia “Juntos pela Saúde, cujo objetivo é tornar a economia da UE inteligente, sustentável e inclusiva, promovendo o crescimento para todos, o que pressupõe, nomeadamente, uma população em boa saúde.” Esta estratégia “responde aos desafios com que se confrontam os países reforçando a cooperação e a coordenação a nível da UE; complementa as políticas de saúde nacionais, em conformidade com o artigo 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da UE” (Comissão Europeia, 2016).

Atualmente a UE tem em vigor o Terceiro Plano de Saúde 2014-2020. Este programa tem quatro objetivos gerais: “1- Promover a saúde, prevenir doenças e incentivar a criação de ambientes propícios a estilos de vida saudáveis tendo em conta o princípio da integração da saúde em todas as políticas; 2-Proteger os cidadãos europeus de ameaças transnacionais graves para a saúde; 3-Contribuir para sistemas de saúde inovadores, eficientes e sustentáveis; 4-Facilitar o acesso dos cidadãos europeus a cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros” (Comissão Europeia, 2016).

Dentro deste plano e como principais mudanças para o período 2016-2020 a UE definiu: “alcançar um maior custo-eficácia competitividade e segurança, enfrentar as ameaças globais emergentes e abordar os fatores de risco de doenças crónicas” (Comissão Europeia, 2016). Para este programa, a União Europeia tem disponível um orçamento de 449 milhões de euros.

A Comissão Europeia tem também uma iniciativa que se designa Situação da Saúde na EU que tem uma duração de ciclos de dois anos e que se divide em quatro grandes etapas: “Publicação dos perfis de saúde por país, adaptados ao contexto e às especificidades de cada um dos 28 países da UE, que analisam os pontos fortes e os problemas dos respetivos sistemas de saúde; publicação do relatório de acompanhamento, juntamente com os perfis de saúde por país, que tira conclusões transversais, põe em destaque prioridades políticas comuns dos países da UE e analisa as possibilidades de aprendizagem mútua; no fim do ciclo de dois anos, as autoridades de saúde dos países da UE podem solicitar intercâmbios voluntários com os especialistas responsáveis pelo *Situação da saúde na UE* para discutir os resultados e possíveis estratégias a adotar” (Comissão Europeia, 2016).

A Comissão afirma ainda que “o trabalho de investigação é realizado por especialistas em saúde, pretendendo-se que as suas conclusões sirvam de base às decisões políticas e não sejam consideradas como simples recomendações. O ciclo está alinhado com os objetivos estratégicos definidos na Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes de 2014” (Comissão Europeia, 2016).

#### **4.2.3. Plano Nacional de Saúde**

O Plano Nacional de Saúde é o documento que define as principais orientações no campo da saúde com vista à “obtenção de mais ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal” indo ao encontro dos objetivos de melhoria do estado de saúde das populações definidos pelas principais instituições a nível europeu e mundial (Ministério da Saúde, 2015, p.4). Desta forma, “o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde. Dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Proposta de Lei n.º 253/XII), bem como às recomendações do relatório da Organização do Mundial de Saúde-Euro (OMS-Euro) sobre a implementação do PNS, considera-se adequado desenvolver uma revisão da execução do Plano, estendendo-o a 2020.” (Ministério da Saúde, 2015, p.4).

O PNS “pretende, por um lado, identificar e definir um conjunto de orientações, de mecanismos e de atividades necessários para reforçar a implementação do PNS a nível nacional, regional e local, incluindo a respetiva monitorização dos resultados, com identificação de período de execução e das entidades parceiras. Por outro lado, visa propor um enquadramento estratégico, operacional e temporal (...) até 2020” (Ministério da Saúde, 2015, p. 5).

Tem como desígnios “a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco” tendo como foco os principais desafios como a “transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização” que “requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos”. Para tal, a estratégia deve assentar em quatro “Eixos Estratégicos transversais” (figura 7) que são “Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis” (Ministério da Saúde, 2015, p.4).



*Figura 7 Modelo conceitual do Plano Nacional de Saúde.*

*Fonte: Ministério da Saúde, 2015.*

Como definido pelo modelo conceptual, o acesso é um dos eixos estratégicos basilares do programa. O ponto 3.2 do PNS aborda aquilo que deve ser a “equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde”. Segundo este “O respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo Sistema de Saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes. Expressa-se, ainda, pela igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. Assim, pretende-se reduzir desigualdade através da intervenção em determinantes de saúde, e em particular os determinantes sociais da saúde” (Ministério da Saúde, 2015, p.15).

“Não sendo exclusivo em relação a medida de equidade, o acesso aos cuidados de saúde, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado” (Ministério da Saúde, 2015, p.15).

Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos.” (Ministério da Saúde, 2015, p.15).

Para que tal seja possível, “o PNS propõe:

- A integração dos diferentes sectores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais;
- O reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita;
- O reforço do desenvolvimento e implementação, em situações adequadas, dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho, de modo a que o cidadão receba os cuidados atempados e adequados, independentemente da rede de cuidados onde se encontre;
- O desenvolvimento de redes de referenciação de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas;

- A promoção da articulação entre o planeamento nacional e local nas diferentes áreas de ação social, tanto através de estratégias normativas e reguladoras, como o SIADAP e a contratualização, como através de estratégias de persuasão e influência, por exemplo no apoio ao desenvolvimento de planos locais de saúde;
- Fortalecimento de estratégias de financiamento que promovam a equidade na realização do potencial de saúde;
- O desenvolvimento de ações intersectoriais que reforcem a participação de todos os sectores do Governo;
- O reforço do acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreios e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil;
- O reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e aos medicamentos.” (Ministério da Saúde, 2015, pp.15 e 16).

Acerca das medidas propostas no PNS, o Relatório Interino da OMS sobre o PNS: Revisão e Extensão a 2020 (2015) vem demonstrar que estas estão perfeitamente enquadradas com o que a Política de Saúde 2020 define como metas a atingir, nomeadamente no que respeita à melhoria da saúde e bem-estar da população e na equidade e acesso aos serviços de saúde. O relatório destaca, por exemplo a inclusão do Ministério das Finanças para assegurar recursos com vista à aplicação do PNS. Esta medida é demonstrativa da iniciativa intersectorial que a abordagem à saúde deve ter.

#### **4.2.4. Planos Regionais de Saúde**

Devido ao estatuto de autonomia, os Açores e a Madeira elaboram os seus próprios Planos Regionais de Saúde, estado estes “estritamente associados às políticas europeias e globais” e onde são definidos os principais objectivos estratégicos por forma a melhorar a saúde das suas populações (Secretaria Regional da Saúde, 2014 p.20).

### **a) Açores**

O Plano Regional de Saúde Açores 2014-2016 Extensão a 2020 é um documento estratégico onde são apresentadas recomendações, orientações e ações com o objectivo de aumentar os ganhos em saúde para a população da Região. O Plano destaca que o foco é o cidadão e a sua saúde afirmando que as linhas estratégicas de promoção da saúde se encontram suportadas em valores fundamentais, nomeadamente “universalidade, acesso a cuidados de qualidade, equidade e solidariedade, captação de cidadãos, justiça social, prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, respeito, solicitude e decisão apoiada na evidência científica” (Secretaria Regional da Saúde, 2014, p.15).

O PRS estrutura-se em quatro eixos fundamentais: cidadania em saúde; equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; qualidade em saúde; políticas saudáveis (Secretaria Regional da Saúde, 2014, p.15). Para a prossecução de ações políticas assentes nestes quatro eixos são elaboradas quatro estratégias que se desdobram por sua vez em diversas áreas de intervenção.

A Estratégia Regional para a promoção de estilos de vida saudável e prevenção de comportamentos de risco tem como áreas de intervenção a saúde da mulher, a saúde infanto-juvenil, a promoção da saúde em contexto escolar, a promoção da saúde oral, a intervenção nas dependências, nas doenças infecciosas, na prevenção de acidentes e na promoção de um envelhecimento ativo.

A Estratégia Regional de combate às doenças crónicas assenta nas áreas de intervenção na prevenção e controlo da diabetes *Mellitus*, da obesidade, da hipertensão, das doenças respiratórias não infecciosas, na dor, nas doenças reumáticas, na promoção da saúde mental, nos cuidados paliativos e nas doenças genéticas.

A Estratégia Regional de combate às doenças cérebro cardiovasculares tem como áreas de intervenção o AVC e o EAM.

Por último, a Estratégia Regional de combate às doenças oncológicas tem como áreas de intervenção a prevenção e o tratamento destas mesmas doenças.

Após a definição das áreas de intervenção, o PRS apresenta objectivos, ações a desenvolver e indicadores da área de intervenção como forma de avaliar e monitorizar a implementação das ações.

O Plano Regional de Saúde Açores 2014-2016 Extensão a 2020 tem as seguintes orientações e prioridades estratégicas (fig.8):

- “uma perspetiva de continuidade relativamente ao PRS 2009-2012, considerando os ganhos e os aspetos a melhorar após a sua implementação, que constam da avaliação realizada pela Comissão para o Acompanhamento do Plano Regional de Saúde (CAPRS), ‘Relatório Circunstanciado do PRS 2009-2012’;
- As principais necessidades de saúde na R.A.A., identificadas através da análise da situação de saúde (caracterização da população alvo, através das componentes demográfica e socioeconómica; descrição quantitativa dos problemas de saúde, recorrendo a taxas de mortalidade e morbilidade, tendo em consideração as suas consequências; análise dos determinantes de saúde/fatores de risco; identificação de recursos);
- Estudos realizados, de âmbito regional e nacional, relacionados com o estado de saúde da população da R.A.A;
- O reconhecimento de que a obtenção de ganhos em saúde só será possível através da participação e coresponsabilização de todos os intervenientes – cidadãos; organizações (sob uma perspetiva multisectorial e intersectorial) e comunidades;
- O pressuposto de que a promoção da saúde não está somente relacionada com as responsabilidades do sector da saúde, sendo necessário coordenar esforços com outras áreas como a agricultura, ambiente ou saúde ocupacional, e que essa promoção vai muito além dos estilos de vida saudáveis, passando pelo bem-estar e por ambientes promotores da saúde, numa perspetiva de Saúde em Todas as Políticas;
- A necessidade de implementar intervenções que maximizem a otimização de recursos humanos e financeiros garantindo a sustentabilidade do Serviço Regional de Saúde (SRS);
- O reconhecimento da importância da monitorização e avaliação das intervenções implementadas sob as orientações estratégicas constantes neste documento;

- A aposta na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos principais financiadores do SRS – os cidadãos da R.A.A. – nomeadamente criando condições para a certificação/acreditação do Centro de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha (CS/USI) de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS);
- O reconhecimento de que a monitorização e resposta a riscos e emergências se revestem de especial importância dadas as características particulares da realidade insular;
- As implicações das alterações da estrutura demográfica da Região nos sistemas de saúde e proteção social, sustentadas pelo envelhecimento da população e pelo aumento da imigração.” (Secretaria Regional da Saúde, 2014, pp.18-19).

Desta forma o PRS 2014-2016 Extensão a 2020 deve servir de guia orientador para os serviços de saúde da Região (p.19).

Em síntese, são identificadas áreas prioritárias de intervenção que “a nível nacional são aquelas em que Portugal se encontra com um maior intervalo (gap) relativamente a outros países com melhores valores” e a nível regional “são aquelas em que a região se encontra com um maior intervalo relativamente a outras regiões nacionais com melhores valores” (Secretaria Regional da Saúde, 2014, p.255).



1-Estratégia Regional para a Promoção de Estilos de Vida Saudável e Prevenção de Comportamentos de Risco	Área de Intervenção na Saúde da Mulher
	Área de Intervenção na Saúde Infanto-Juvenil
	Área de Intervenção na Promoção da Saúde em contexto Escolar
	Área de Intervenção na Promoção da Saúde Oral
	Área de Intervenção nas Dependências
	Área de Intervenção nas Doenças Infecciosas
	Área de Intervenção na Prevenção de Acidentes
	Área de intervenção na Promoção do Envelhecimento Ativo
2-Estratégia Regional de Combate às Doenças Crónicas	Área de intervenção na Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus
	Área de Intervenção na Obesidade
	Área de Intervenção na Hipertensão
	Área de Intervenção nas Doenças Respiratórias não infecciosas
	Área de Intervenção na Dor
	Área de Intervenção nas Doenças Reumáticas
	Área de Intervenção na promoção da Saúde Mental
	Área de Intervenção nos Cuidados Paliativos
	Área de Intervenção nas Doenças Genéticas
3-Estratégia Regional de Combate às Doenças Cérebro cardiovasculares	Área de Intervenção no AVC e no EAM
4-Estratégia Regional de Combate às Doenças Oncológicas	Área de Intervenção na Prevenção da Doença Oncológica
	Área de Intervenção no Tratamento da Doença Oncológica

*Figura 8 Estratégias e áreas de intervenção do Plano Regional de Saúde 2014-2016.*

*Fonte: Secretaria Regional da Saúde.*

## **b) Madeira**

À semelhança do Plano anteriormente descrito, o Plano Regional da Madeira encontra-se estruturado em três eixos estratégicos que por sua vez se dividem em dimensões (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2015).

No eixo Políticas públicas saudáveis as dimensões prendem-se com “ a atuação global em saúde pública que descreva com eficácia os problemas prioritários de saúde e defina as intervenções necessárias à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma resposta rápida a ameaças agudas, particularmente epidemias e catástrofes; definição de um quadro normativo e regulador para o sistema prestador de cuidados; reconhecimento de que a saúde da população também depende das políticas que são responsabilidade de outros sectores” (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2015, p.9)

No eixo Qualidade dos cuidados de saúde as dimensões são: “qualidade a nível estrutural: utilização adequada de recursos, de modo a atingir os resultados esperados, considerando entre outras dimensões: competência profissional, eficiência

administrativa e alocação eficiente de recursos; qualidade a nível dos processos: adequação dos serviços aos resultados esperados: estratégias de gestão do risco, modificação dos comportamentos que facilitem a adoção das melhores práticas, gestão do conhecimento, de forma a tornar as instituições *learning organizations* e organização dos cuidados baseados em evidência.” (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2015, p.9).

Por fim, no eixo Cidadania em Saúde as dimensões são: “promoção e desenvolvimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão, nos serviços de saúde; envolvimento do cidadão e das organizações representativas dos seus interesses e de interesses sociais em saúde, nos processos de decisão da saúde coletiva e dos grupos mais vulneráveis; identificação e promoção de boas práticas políticas de cidadania em saúde, avaliação e gestão do conhecimento; desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidados informais” (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2015, p.10).

O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016 destaca como áreas de atuação as seguintes: Diabetes, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e AVC, doenças respiratórias crónicas e saúde e fatores de saúde modificáveis como a alimentação inadequada, a inatividade física, o tabaco e o álcool (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2015, p.10).

O Plano regional da Madeira, está, desta forma, também adaptado às necessidades específicas dos madeirenses e, juntamente com o Plano regional dos Açores, bons exemplos da importância de ter regiões com poder administrativo e com autonomia suficiente para conceber e aplicar as suas próprias estratégias de promoção, deste caso, da saúde em contextos muito específicos e considerando as disparidades inter-regionais.

## **5. Caso de estudo: Rio de Mouro**

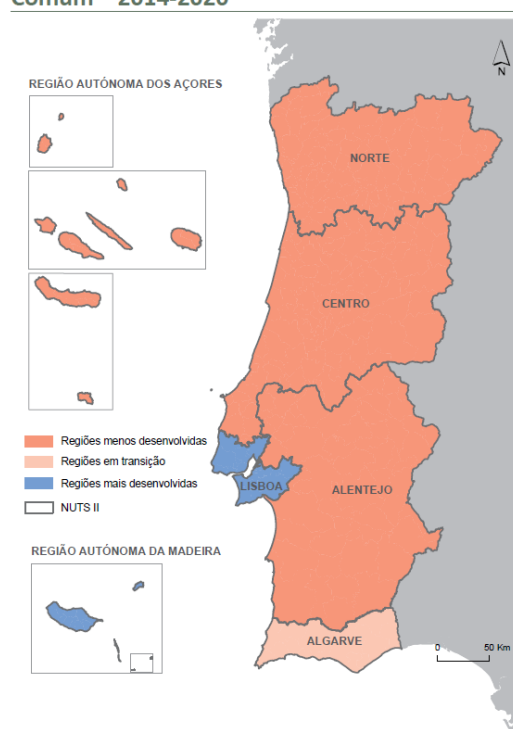
Neste capítulo é feito o estudo de caso referente à freguesia de Rio de Mouro. Nos primeiros três subpontos é feito o enquadramento regional e local, com recurso a dados estatísticos. Segue-se uma análise à oferta de serviços de saúde na freguesia, avaliando assim a dimensão da disponibilidade. Em seguida, com recurso à análise de redes faz-se um estudo da distância em metros na rede às unidades de saúde, analisando desta forma a dimensão da acessibilidade. O tratamento do inquérito é o ponto que se segue, analisando assim a dimensão do custo. Por fim faz-se um capítulo-resumo que se intitula dinâmica oferta-procura.

### **5.1. Área Metropolitana de Lisboa**

A Área Metropolitana de Lisboa é uma região portuguesa que se situa no sudoeste do país. O enorme peso em termos económicos desta região no contexto nacional é comprovado pelos dados mais recentes. Em apenas 3% da área do país (3001,9 km<sup>2</sup>), a região concentra 27,1% da população portuguesa (2 809 168 habitantes), 28% das empresas, 35% do pessoal ao serviço nas empresas, 30,5% dos turistas, 38,4% dos alunos do ensino superior, 36,9% do Produto Interno Bruto nacional (64 010 milhões de Euros), 32,1% das exportações, um volume de negócios de 51% (178 627 milhões de Euros) e 26,5% da população ativa do país. O ganho médio mensal da Área Metropolitana de Lisboa situa-se nos 1 383,6€, superior à média nacional (1 093,8€/mês) mas inferior à média verificada na Cidade de Lisboa, 1 574,9€ (Câmara Municipal de Lisboa, 2016).

No contexto Europeu, a Área Metropolitana é considerada uma região desenvolvida (fig.9), sendo o seu PIB *per capita* superior à média dos Países da EU a 28.

Portugal 2020 / Quadro Estratégico  
Comum – 2014-2020



*Figura 9 NUTS II elegíveis no âmbito dos Fundos estruturais da EU.*

*Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2015).*

No que a cuidados de saúde diz respeito, a organização administrativa ultrapassa as fronteiras da Área Metropolitana de Lisboa, incluindo também as NUTS III do Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo. O ministério da saúde tem como referência esta área que se designa por Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e que se encontra dividida em 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). São eles o ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental Oeiras, ACES Cascais, ACES Amadora, ACES Sintra, ACES Loures e Odivelas, ACES Estuário do Tejo, ACES Almada Seixal, ACES Arco Ribeirinho, ACES Arrábida, ACES Oeste Norte, ACES Oeste Sul, ACES Médio Tejo e ACES Lezíria. Todos os ACES estão organizados em função de um hospital de referência. No caso da Área Metropolitana de Lisboa, as ACES Oeste Sul, Médio Tejo e Lezíria não fazem parte, uma vez que se encontram fora dos limites administrativos desta região (fig.10).

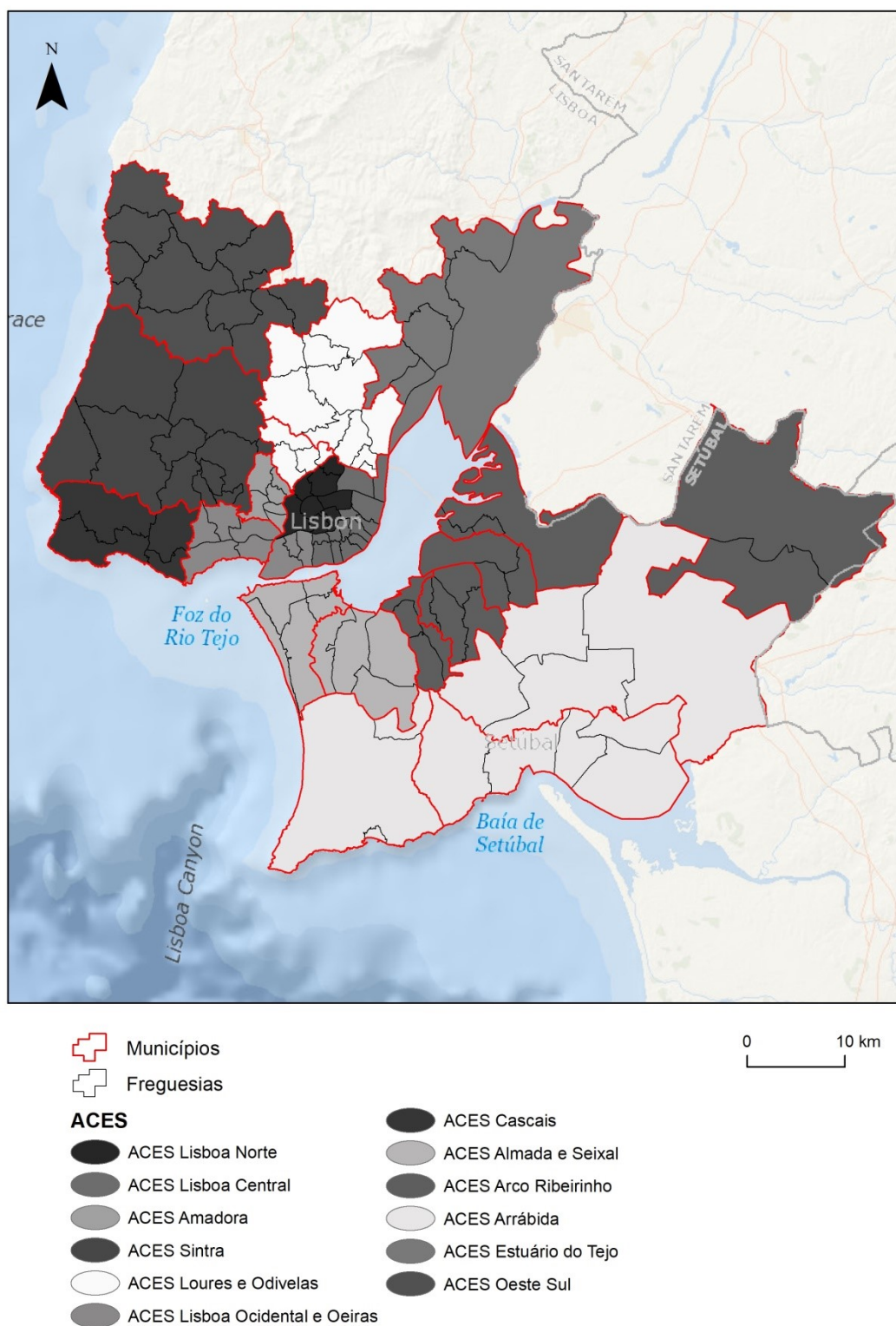


Figura 10 ACES da Área Metropolitana de Lisboa com municípios e freguesias constituintes.

Fonte: elaboração própria

## **5.2. Município de Sintra**

O município encontra-se dividido em 11 freguesias, Agualva e Mira-Sintra, Algueirão – Mem Martins, Almaragem do Bispo Pero Pinheiro e Montelavar, Cacém e São Marcos, Casal de Cambra, Colares, Massamá e Monte Abraão, Queluz e Belas, Rio de Mouro, São João das Lampas e Terrugem e Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim). Segundo os dados dos censos de 2011 (INE) é o segundo município com mais habitantes do país, registando 377 835 residentes, apenas ultrapassado pelo município de Lisboa. “No município de Sintra e analisando os imigrantes por nacionalidade é possível verificar que os países com maior expressão são os PALOPS, com 39,7%, o Brasil com 16,8% e o Reino Unido com 7,6%.” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2014).

Fazendo uma caracterização do município com recurso a dados estatísticos (tabelas 1 e 2), verifica-se que Sintra tem, no geral, melhor desempenho que a média regional em alguns indicadores. No que toca ao índice de envelhecimento, Sintra apresenta um valor de 101,6 e a média regional é de 153,2. O índice de dependência de idosos é também mais baixo em Sintra, 24,8 em comparação com a AML, 32,9. No índice de dependência de jovens o município tem 24,4 e a AML 21,5. Estes dois últimos indicadores demonstram que o município tem uma população relativamente jovem, quando comparado com a média regional. (INE, dados de 2017).

Na área da saúde, o município de Sintra está inserido no ACES Sintra, sendo mesmo o seu único constituinte, correspondendo desta forma os limites administrativos do ACES aos limites do município. Estão inscritos cerca de 374 600 utentes. Em termos de recursos humanos este ACES tem “pessoal médico 153; médicos de clínica geral 141; pessoal de enfermagem 186; assistente técnico 103; outro pessoal 80” (ACES 05/2013, como em Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2014, P.7).

No que a atendimento hospitalar diz respeito “A população residente no concelho/ ACES Sintra é atendida no Hospital Fernando da Fonseca (HFF) no município da Amadora.

Há, no entanto, serviços específicos que são prestados por outras unidades de saúde. Na área do materno-infantil as populações das freguesias de Algueirão-Mem Martins, Colares, Pêro Pinheiro, São João das Lampas, Sintra (Santa Maria e São Miguel), Sintra

(São Martinho), Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem são atendidas no Hospital José de Almeida (Cascais).

No serviço de pedopsiquiatria, as crianças e os jovens que residem nas freguesias de Queluz e Belas, Massamá e Monte Abraão e Casal de Cambra encontram-se abrangidas pelos cuidados oferecidos pelo HFF, sendo que os restantes são obrigados a fazer uma deslocação até ao Hospital Dona Estefânia no município de Lisboa. Quanto ao internamento psiquiátrico para adultos, é nos municípios de Amadora e Lisboa que este serviço pode ser adquirido, dispondo os dois municípios em conjunto de um total de 65 camas (Câmara Municipal de Sintra, 2014).

Para os utentes dos centros de saúde de Sintra, Rio de Mouro e Pêro Pinheiro o HFF tem um serviço de Urgência Básica em Algueirão/ Mem Martins (SUB Algueirão/ Mem Martins)” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2014, P.9).

### **5.3. Freguesia de Rio de Mouro**

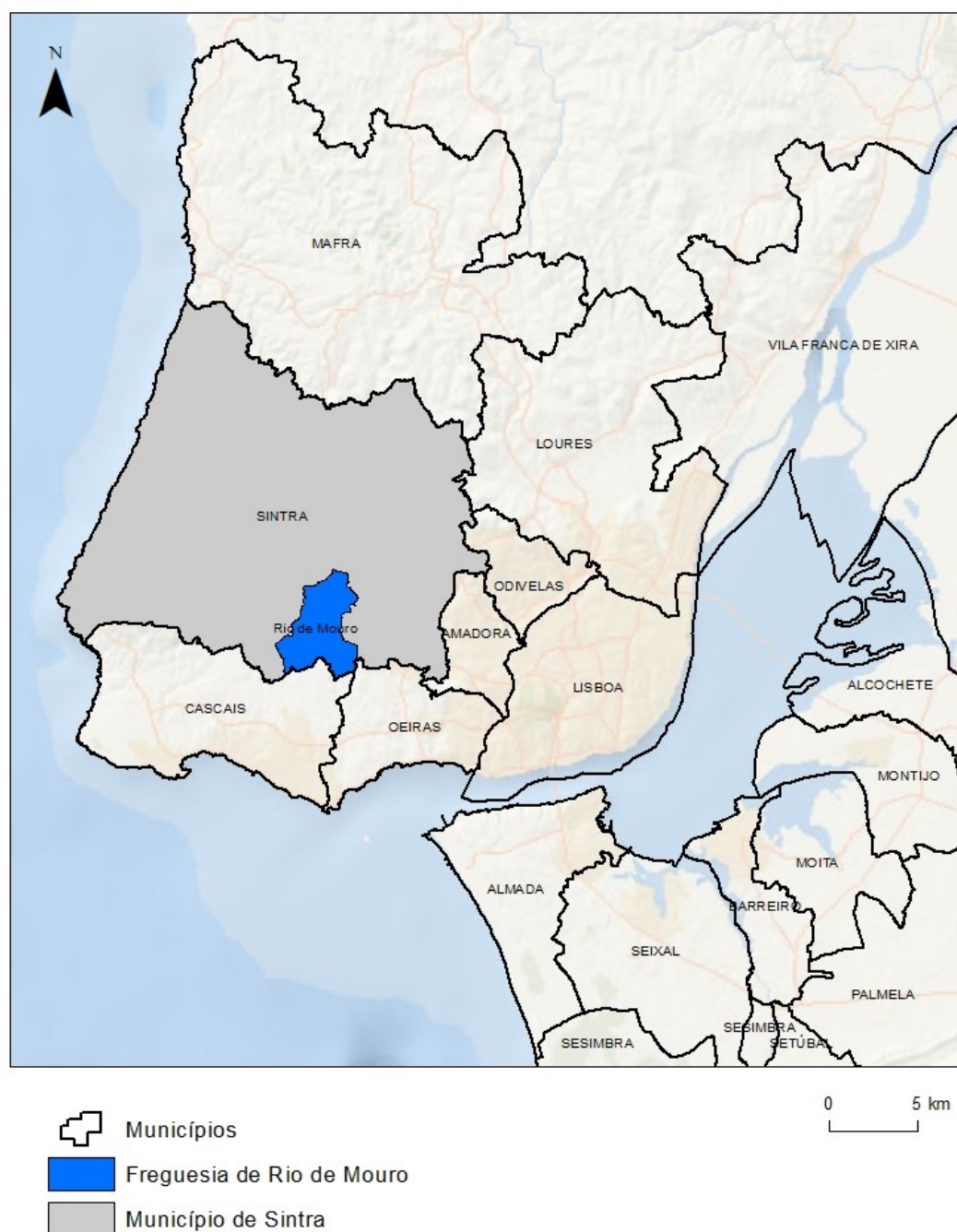
A freguesia de Rio de Mouro é umas das onze freguesias que constituem o município de Sintra (fig.11). Geograficamente está situada no sudeste do município, fazendo fronteira com Belas, Algueirão-Mem Martins, Cacém e São Pedro de Penaferrim. No ano de 2011 este território contava com 47 311 habitantes “concentrando-se em maior número nas localidades de Rinchoa e de Rio de Mouro (estação)”. O núcleo da freguesia está “a cerca de 6 quilómetros da sede do concelho de Sintra e a cerca de 15 quilómetros da cidade de Lisboa”. (Reis, Silva, 2013, p.11). Rio de Mouro tem uma densidade populacional de 2 868,2 hab./km<sup>2</sup>, bastante superior aos 940 hab./km<sup>2</sup> da Área Metropolitana de Lisboa e aos 1 183,6 hab./km<sup>2</sup> do município de Sintra (INE, 2011).

É entre a estação ferroviária e o IC19 que se concentra a maior parte da população (42,3%) (tabela 3), a maioria das famílias (43,7) (tabela 4) e também a maioria dos alojamentos (44,3%) (tabela 5) sendo o maior número de edifícios contabilizado a sul do IC19 (54,7%) (tabela 6), (INE, 2011). Estes dados permitem afirmar que, a norte do IC19, reside 76,1% da população, 76,7% das famílias, 77,2% dos alojamentos e apenas 45.2% dos edifícios. No que a número de famílias diz respeito a realidade é a mesma, há uma clara divisão entre o Rio de Mouro a norte do IC19 e o Rio de Mouro a sul do IC19. O mesmo acontece com o número de alojamentos. Desta

forma entende-se claramente a função estruturante que têm a linha ferroviária e o IC19 na área de estudo.

Rio de Mouro conta com uma população relativamente jovem quando comparado com Sintra e com a AML e isso pode ser confirmado através de três indicadores, o índice de envelhecimento, o índice de dependência de idosos e o índice de dependência jovem. No ano de 2011 o índice de envelhecimento era de 59,1 em Rio de Mouro, 77,5 em Sintra e 117,4 na Área Metropolitana de Lisboa. O índice de dependência de idosos, no mesmo ano era de 16,1 em Rio de Mouro, 19,9 em Sintra e 27,5 na Área Metropolitana de Lisboa. Finalmente o índice de dependência jovem era de 27,2 em Rio de Mouro, 25,7 em Sintra e 23,4 na Área Metropolitana de Lisboa (INE, 2011).





*Figura 11 Localização da freguesia de Rio de Mouro no município de Sintra, no contexto da Área Metropolitana de Lisboa.*

*Fonte: elaboração própria*

*Tabela 1 Dados estatísticos referentes a Portugal, AML, Sintra e Rio de Mouro.*

	2011	2017	2011	2016	2016	2011	2017	2011	2017
	População residente	População residente	Densidade populacional	Densidade populacional	Área km <sup>2</sup>	População com menos de 14 anos (%)	População com menos de 14 anos (%)	População com mais de 65 anos (%)	População com mais de 65 anos (%)
Portugal	10 562 178	10.300.300	114,5	112	92.226	14,86	13,9	19,03	21,3
AML	2 821 876	2.833.679	940	934,3	3.015	15,52	15,9	18,21	21,4
Sintra	377 835	386.038	1183,6	1.200,5	319	17,64	16,4	13,67	16,6
Rio de Mouro	47 311	//	2868,4	//	//	19	//	11,22	//

*Fonte: INE, 2011, 2016 e 2017*

*Tabela 2 Dados estatísticos referentes a Portugal, AML, Sintra e Rio de Mouro (II).*

	2011	2017	2011	2017	2011	2017	2011	2017
	Índice de envelhecimento	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência jovens	Índice de dependência jovens	Índice de dependência total	Índice de dependência total
Portugal	127,8	153,2	28,8	32,9	22,5	21,5	51,3	54,4
AML	117,4	134,8	27,5	34,2	23,4	25,4	50,9	59,5
Sintra	77,5	101,6	19,9	24,8	25,7	24,4	45,6	49,2
Rio de Mouro	59,1	//	16,1	//	27,2	//	43,3	//

*Fonte: INE, 2011, 2016 e 2017*

**Tabela 3 População residente em Rio de Mouro, em percentagem, em três áreas.**

População Residente		%
<b>Rio de Mouro</b>	<b>47 311</b>	<b>100,0</b>
A norte da linha ferroviária	16 004	33,8
Entre a linha ferroviária e IC19	19 989	42,3
A sul do IC19	11 318	23,9

*Fonte: Elaboração própria com base nos Censos 2011.*

*Fonte: INE*

*Tabela 4 Famílias residentes em Rio de Mouro, em número e percentagem, em três áreas.*

Famílias		%
<b>Rio de Mouro</b>	<b>17 561</b>	<b>100,0</b>
A norte da linha ferroviária	5 792	33,0
Entre a linha ferroviária e IC19	7 671	43,7
A sul do IC19	4 098	23,3

*Fonte: Elaboração própria com base nos Censos 2011.*

*Fonte: INE*

*Tabela 5 Alojamentos em Rio de Mouro em número e em percentagem, em três áreas*

Alojamentos		%
<b>Rio de Mouro</b>	<b>22 003</b>	<b>100,0</b>
A norte da linha ferroviária	7 229	32,9
Entre a linha ferroviária e IC19	9 747	44,3
A sul do IC19	5 027	22,8

*. Fonte: Elaboração própria com base nos Censos 2011.*

*Fonte: INE.*

*Tabela 6 Edifícios em Rio de Mouro, em número e em percentagem, em três áreas.*

Edifícios		%
<b>Rio de Mouro</b>	<b>5 193</b>	<b>100,0</b>
A norte da linha ferroviária	988	19,0
Entre a linha ferroviária e IC19	1 362	26,2
A sul do IC19	2 843	54,7

*Fonte: Elaboração própria com base nos Censos 2011.*

*Fonte: INE*

#### **5.4. Oferta de cuidados de saúde na freguesia**

No ano de 2011, o designado ACES IX – Algueirão/ Rio de Mouro registou 41 896 consultas de medicina geral e familiar, 13 232 consultas de saúde infantil, 969 consultas de saúde materna, 6 779 consultas de planeamento familiar, 3 651 vigilância de doentes diabéticos, 9 759 vigilância de doentes hipertensos, 927 consultas médicas no domicílio e 12 843 consultas de enfermagem no domicílio. Este ACES registou um total de 326 reclamações, cuja maioria (139) foi relativa a doentes sem cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2011). Em 2014, já sobre outra designação e com âmbito territorial alargado, no ACES Sintra, registaram-se 521 587 consultas de medicina geral e familiar, 96 120 consultas de saúde infantil, 17 492 consultas de saúde maternal, 2 859 consultas médicas no domicílio e 50 742 consultas de enfermagem no município. Foram feitas 1006 reclamações. Tal como em 2011, a maioria (330) foi relativa a doentes sem cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2014). Não é possível comparar os dois períodos devido ao facto de a área geográfica não ser igual nos dois anos.

Segundo o Relatório de Caracterização e Diagnóstico do Concelho de Sintra (Câmara Municipal de Sintra, 2014, p.13), “em dezembro de 2013, estavam inscritos 358 610 utentes, dos quais 95 689 (27%) não tinham médico de família atribuído. Esta situação é mais grave na UCSP de Rio de Mouro, onde 90% dos utentes inscritos não tinham médico de família (...)”.

A Unidade de Saúde Familiar AlphaMouro – localiza-se a norte da freguesia e oferece “consultas de saúde do adulto e do idoso, consultas de saúde materna, consultas de planeamento familiar, consultas de saúde infantil e juvenil, consultas de diabetes, de hipertensão consultas aos domicílios e cuidados de enfermagem e vacinação.” (Alphamouro).

Apesar de tudo, no ano de 2013, o relatório de atividades relatava uma série de problemas pelas quais a unidade passava, que iam desde falta de pessoal médico, a falhas no sistema informático e até mesmo “impossibilidade de contacto telefónico com os utentes com o serviço” (Alphamouro, 2013, p.6).

Sobre a Unidade de Saúde Familiar Albasaúde, são poucos os documentos que fazem referência a esta Unidade de saúde familiar. Os dados disponíveis são normalmente agregados com os dados das restantes USF/CS da freguesia, tornando

impossível reconhecer que números lhe competem, ainda assim, foi possível encontrar informação na Carta de Compromisso de 2014 desta mesma USF. À data da assinatura desta carta, a unidade de saúde familiar Albasaúde era constituída por uma equipa de 5 médicos, 5 enfermeiros e 4 secretários clínicos, contando com 7 223 utentes inscritos (ACES Sintra, 2014, p1).

Se for analisado o número de utentes das unidades de saúde de Rio de Mouro com médico de família, verificam-se duas realidades completamente distintas. A Unidade de Saúde Familiar Alphamouro conta com 18 336 utentes com médico atribuído e 0 sem médico. A Unidade de Saúde Familiar Albasaúde conta com 8 842 utentes sem médico e 0 com médico atribuído. Há depois o caso da Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Rio de Mouro, que se situa no mesmo local da USF Alphamouro, que regista 2 389 utentes com médico de família e 22 049 utentes sem médico de família. Quando se olha para estes números e se é tido em atenção o número de habitantes da freguesia, é possível constatar que a situação é bastante preocupante. (Câmara Municipal de Sintra, 2014).

Na freguesia está presente o Centro de Saúde de Rio de Mouro que tem as seguintes unidades funcionais associadas (fig.12):

- Unidade de cuidados de Saúde Personalizados
- Unidade de Saúde Familiar *Alpha* Mouro
- Unidade de Saúde Familiar Albasaúde

A Unidade de Cuidados de saúde Personalizados presta os seguintes serviços:

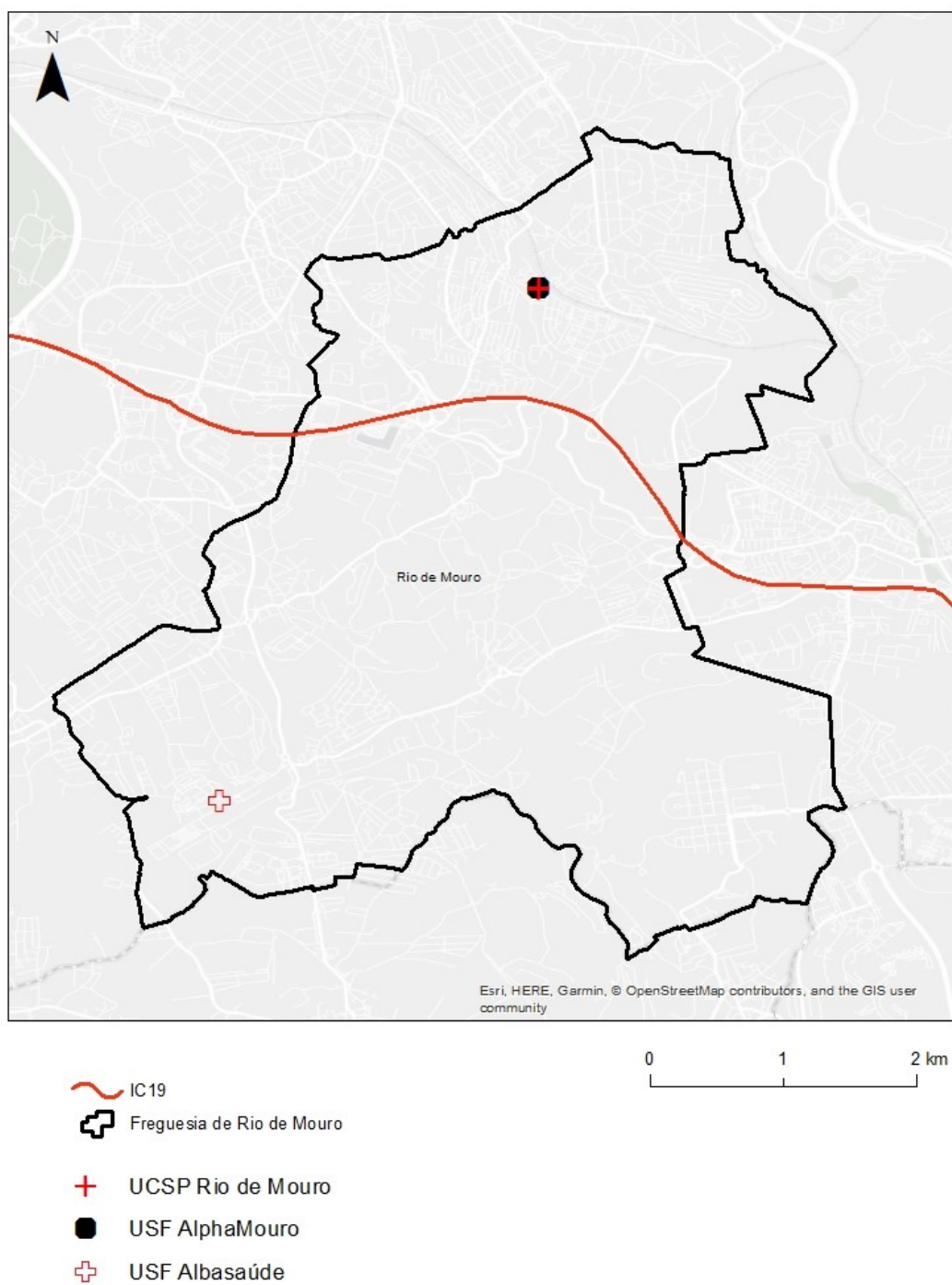
- Medicina geral e familiar
- Saúde infantil
- Saúde materna
- Planeamento familiar
- Consultas diabetes

A Unidade de Saúde Familiar Alphamouro presta os seguintes serviços:

- Medicina geral e familiar
- Saúde infantil
- Saúde materna
- Planeamento familiar (enfermagem)
- Consultas diabetes (aconselhamento)
- Vacinação de crianças e adultos
- Pensos
- Injectáveis
- Aerossóis

A Unidade de Saúde Familiar Albasaúde presta os seguintes serviços:

- Medicina geral e familiar
- Saúde infantil
- Saúde materna
- Planeamento familiar
- Consulta diabetes
- Vacinação de crianças e adultos
- Interrupção voluntária da gravidez
- Hipertensão
- Domicílios de enfermagem



*Figura 12 Localização do UCSP e das USF na freguesia de Rio de Mouro.*

*Fonte: elaboração própria*

## **5.5. Acessibilidade e acesso aos serviços de saúde**

### **5.5.1. Metodologia**

Para a realização do caso de estudo desta dissertação, recorreu-se a duas metodologias distintas. Para analisar o lado da oferta foi feito o levantamento de todos os equipamentos de saúde presentes na freguesia de Rio de Mouro e nas freguesias adjacentes. Em ambiente SIG foi feita uma georreferenciação dos lugares onde os inquiridos indicaram viver, criando para tal uma *shapefile* e utilizando o *imagery*, foram criados os pontos referentes ao lugar de residência dos inquiridos. Da mesma forma, criando uma outra *shapefile* foram georreferenciadas as unidades hospitalares da Área Metropolitana de Lisboa Norte. Em seguida recorrendo à ferramenta *ArcCatalog*, foi criada uma *database* e dentro dessa *database* uma *feature dataset* para onde foi carregada a rede viária. O passo seguinte foi criar dentro da *feature dataset* uma *network dataset*, para onde foi adicionada a rede viária. Os passos seguintes foram escolher os parâmetros a utilizar para a modelação, utilizando a distância como elemento ponderador. Desta forma foi gerada a base cartográfica que permite ver a oferta.

No lado da procura, foram realizados, em setembro de 2016, um total de 60 inquéritos a agregados familiares, que resultou num total de 154 inquiridos<sup>1</sup>.

### **5.5.2. Acessibilidade aos serviços de saúde**

#### **a) Unidades de Saúde Familiar e Centros de saúde (públicos)**

Para averiguar a que distância se encontram os inquiridos das unidades de saúde, recorreu-se a uma modelação da rede viária.

Em ambiente SIG foram georreferenciados um a um os locais onde os inquiridos indicaram residir. Em seguida, com a ajuda de uma base de dados com as unidades de saúde da Área Metropolitana de Lisboa Norte e as respetivas moradas foram também georreferenciadas uma a uma, inscrevendo na tabela de atributos de cada ponto o tipo, a

---

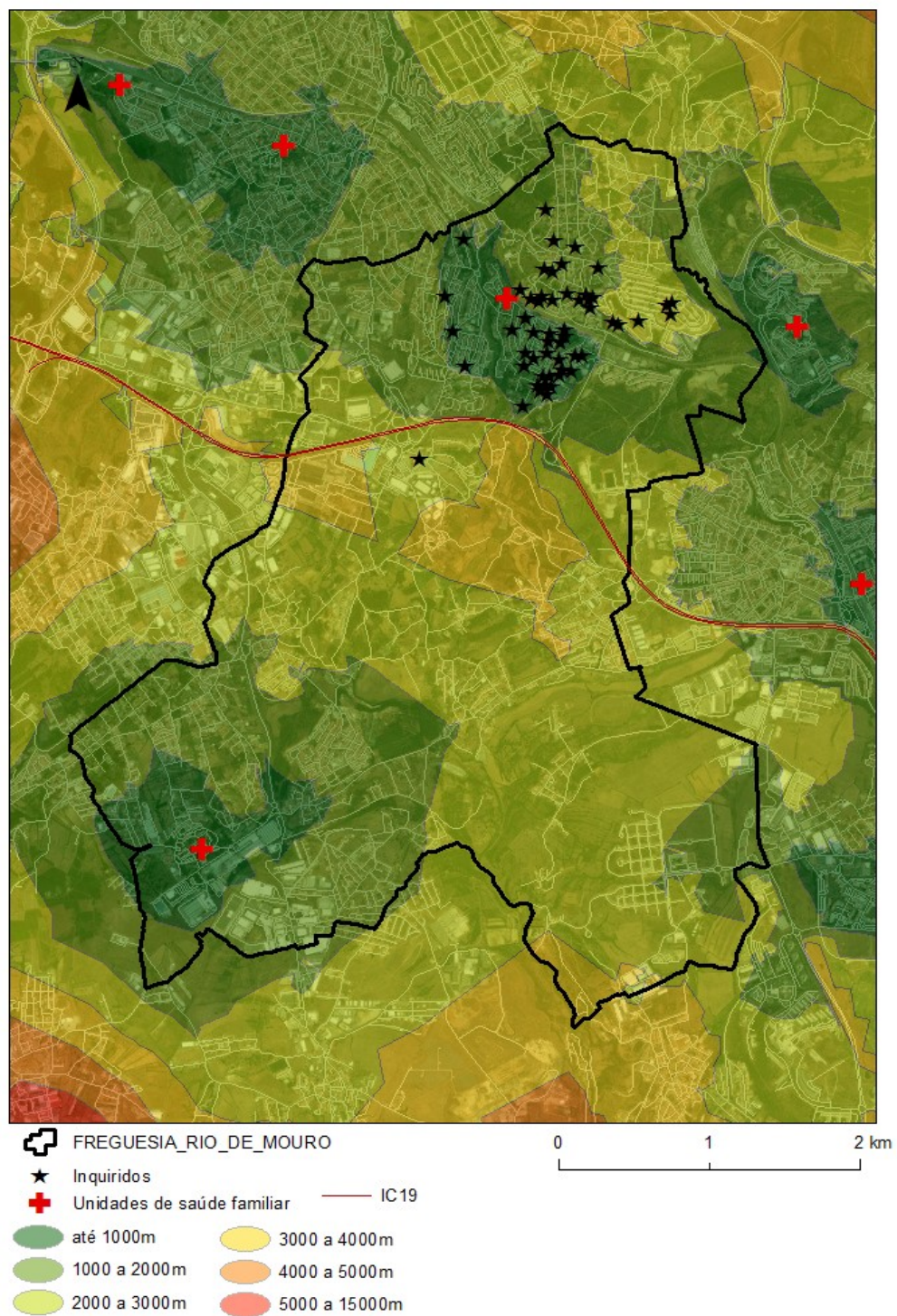
<sup>1</sup> O erro da amostra é de 8% para um nível de confiança de 95%.



designação, o município e a freguesia. O passo seguinte foi encontrar a rede viária mais completa e adequada ao caso de estudo. Em seguida foram carregados os *shapefile* das unidades de saúde, dos inquiridos e da rede viária. Recorreu-se a uma análise de redes simples utilizando como peso a distância em metros. Desta forma foram geradas as figuras a seguir apresentados.

Foram criadas figuras com as distâncias a partir das unidades de saúde. A primeira figura é composta pelas Unidades de Saúde Familiares e pelo Centro de Saúde de Rio de Mouro, bem como as unidades das freguesias adjacentes. As nove figuras seguintes têm em conta os serviços convencionados. A última figura diz respeito a todos os hospitais da Área Metropolitana de Lisboa Norte.

Ao analisar a figura 13 é possível constatar que a maioria dos inquiridos está a menos de 2000 metros de distância das unidades de saúde o que significa que aceder a serviços de saúde está à distância de uma simples deslocação pedonal, devido à presença da Unidade de Saúde Familiar Alhamouro (bem como o Centro de Saúde). A sul da freguesia, também se constata que há uma acessibilidade muito grande devido à presença da Unidade de Saúde Familiar Albasáude, o que impede que a zona a sul do IC19, que é mais rural, fique distante deste tipo de serviços. De notar que os mais prejudicados são os habitantes que residem a sul do IC19. Apesar de tudo, encontram-se no máximo a 5000 metros de distância das unidades de saúde da freguesia.



*Figura 13 Distância em metros às unidades de cuidados primários do sistema público.*

*Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.*

## **b) Serviços convencionados (privados)**

Nos serviços convencionados apenas foram considerados os que se encontram dentro da área administrativa do município de Sintra. Em função da sua localização, procedeu-se ao método anteriormente descrito, utilizando a distância em metros para calcular as distâncias entre os serviços de saúde oferecidos e o lugar de residência dos inquiridos. Importa referir que foram utilizadas as entidades convencionadas à data do mês de julho de 2017 na região de Lisboa.

Os serviços de análises clínicas são os que, em comparação com os demais analisados, cobrem uma maior área sobretudo onde os inquiridos residem e na sua envolvente. Nenhum inquirido ou mesmo residente na freguesia de Rio de Mouro se encontra a mais de 4000 metros de uma destas unidades, como é possível verificar na figura 14. Nesta figura estão representados 18 convencionados, todos com a mesma valência, a de realizar análises clínicas. Todos são privados o que, apesar da sua ótima distribuição geográfica, pode causar desigualdades no lado da procura em função das restantes variáveis a ter em conta quando se acede a um serviço de saúde.

As análises clínicas têm como função realizar exames clínico-laboratoriais aos utentes.

Na figura 15 estão representadas três unidades convencionadas de cardiologia. É possível ver que essas unidades se encontram muito polarizadas a este e a oeste, nas freguesias de Massamá e Sintra, o que, em termos de distância física coloca os inquiridos numa situação intermédia (entre os 5000m e os 8000m) mas deixa o sul da freguesia numa condição algo periférica (a mais de 8000m).

Os serviços de cardiologia tratam e previnem doenças relacionadas com o coração.

As valências que se encontram nestes estabelecimentos são as de ecocardiograma simples, registo de Holter até 24h, ecocardiograma transtorácico bidimensional e prova de esforço em bicicleta ergométrica ou em tapete rolante.



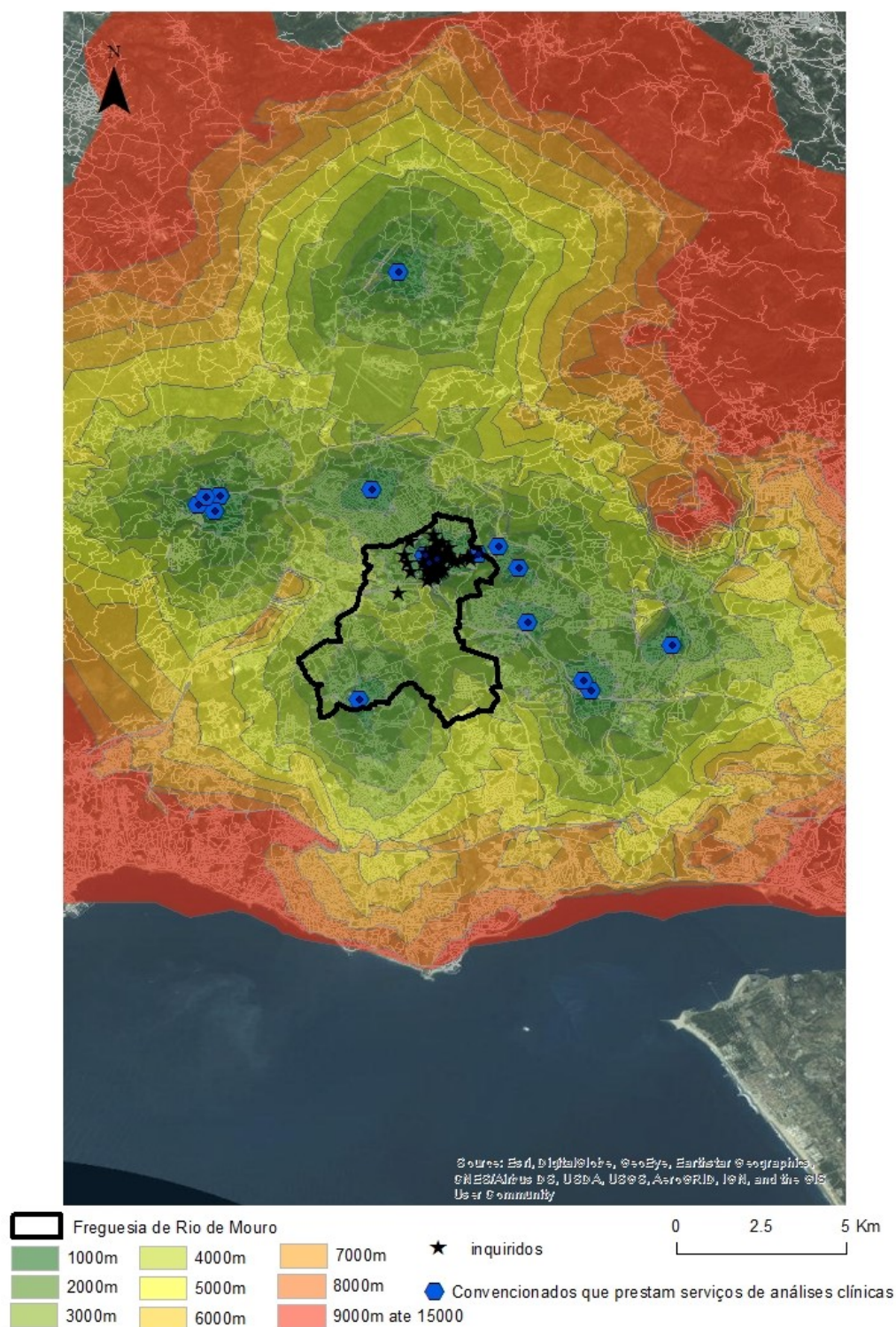


Figura 14 Distância em metros aos convenionados que prestam serviços de análises clínicas.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.

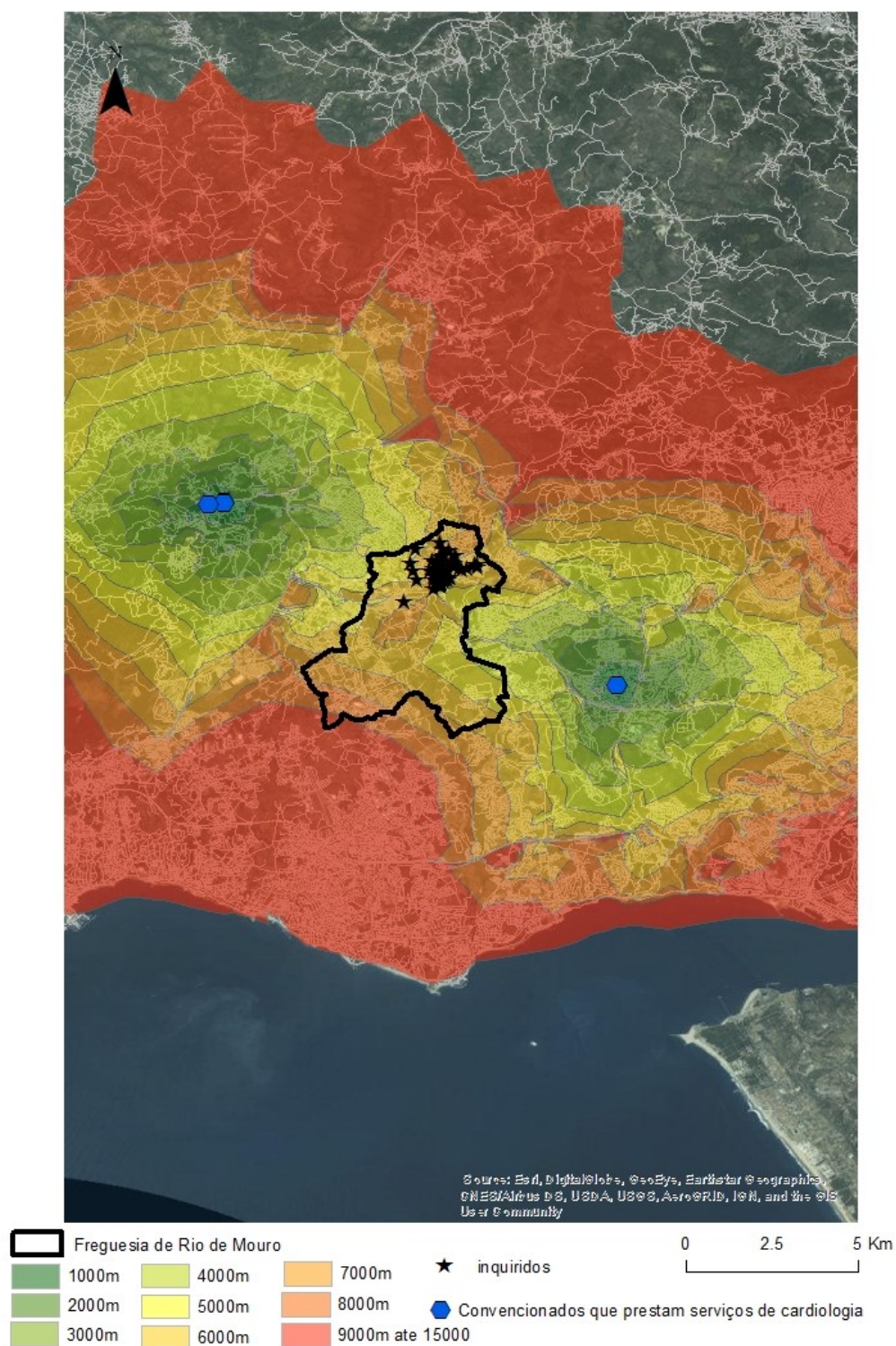


Figura 15 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de cardiologia.

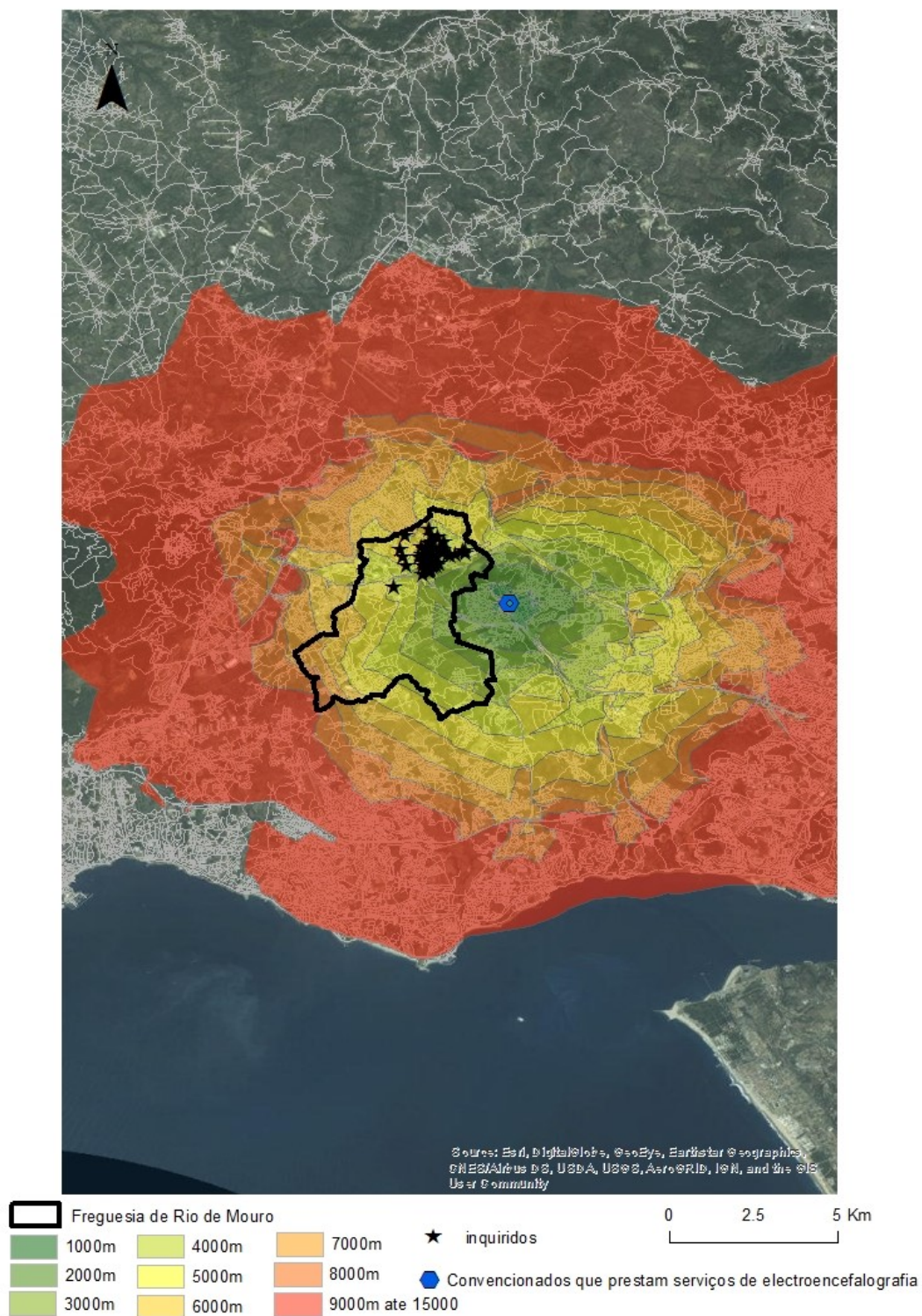
Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.

Na figura 16 está representada uma unidade de electroencefalografia (E.E.G.) que se situa em Agualva-Cacém. A electroencefalografia tem a finalidade de detetar doenças cerebrais. Analisando distâncias verifica-se que o Este da freguesia, até à área de residência dos inquiridos se encontra a menos de 5000m, estando, uma vez mais, a zona sudoeste da freguesia em desvantagem devido à sua condição periférica.

A figura 17 mostra a unidade de endoscopia e gastroenterologia. A gastroenterologia trata sobretudo doenças do sistema digestivo. Em Sintra possui as seguintes valências: anuscopia; biópsias transendoscópicas; colonoscopia, pacote de procedimentos; endoscopia alta; polipectomia, por sessão; rectoscopia rígida; rectosigmoidoscopia flexível; sedar/analgesiar (sedação superficial ou profunda). A endoscopia permite a visualização do interior do paciente para aferir se há algo que não tenha sido detetado no aparelho digestivo de outras formas.

No que respeita distância linear na rede, verifica-se que no mínimo a freguesia de Rio de Mouro se encontra a 5000m, o que significa que em relação a estes serviços médicos a freguesia está relativamente distante do polo onde são prestados.





*Figura 16 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de eletroencefalografia.*

*Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.*

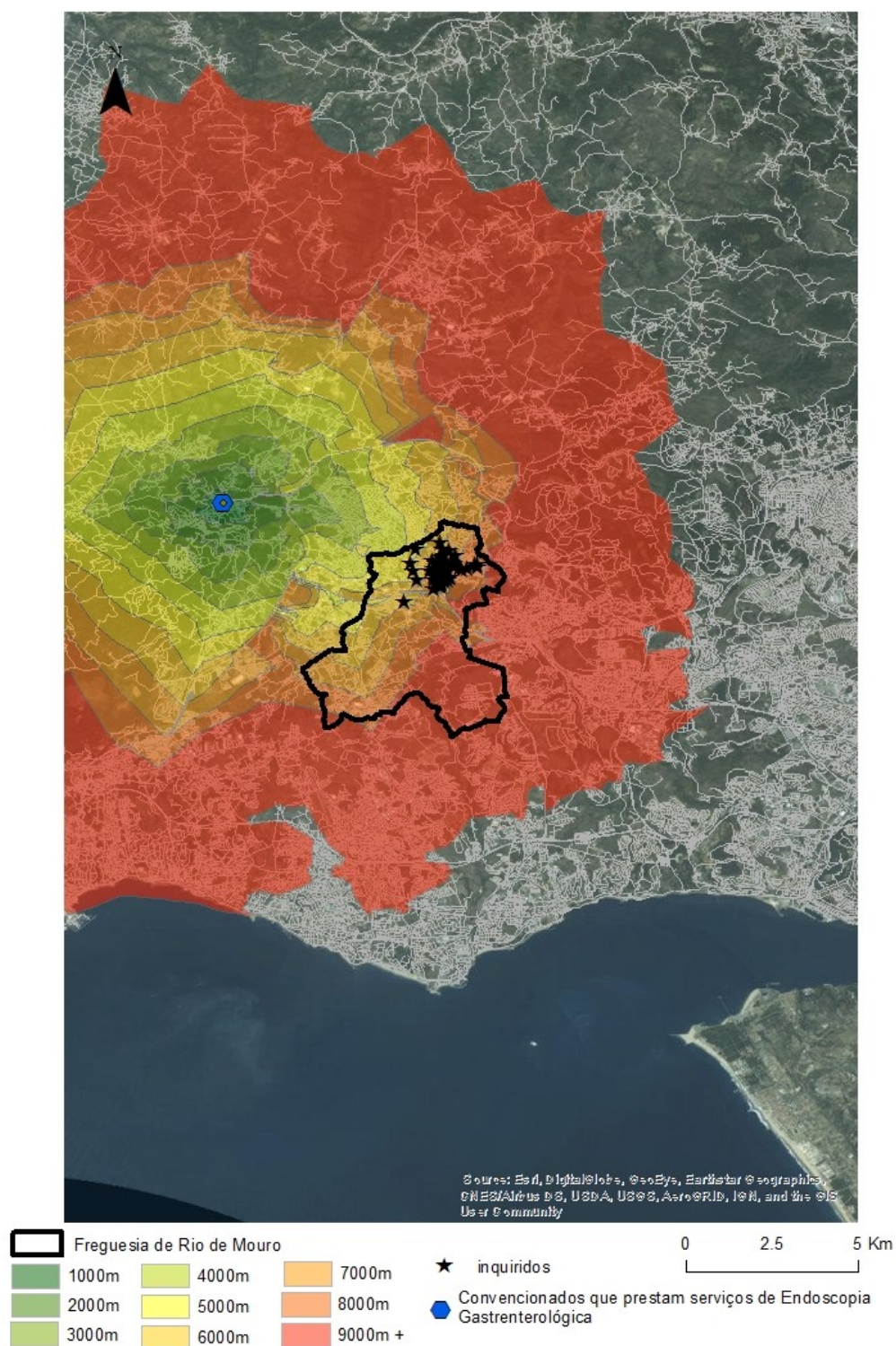


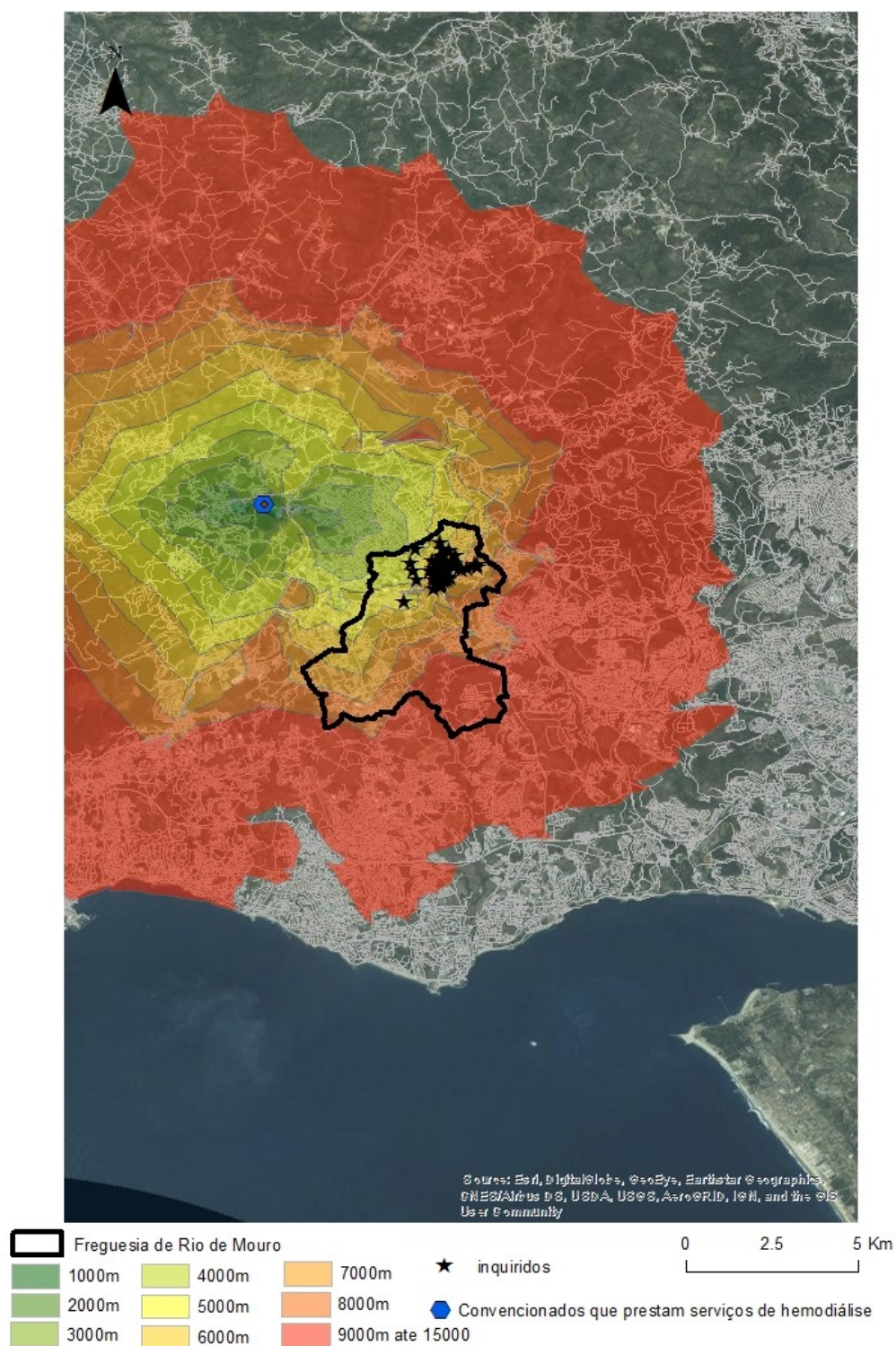
Figura 17 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de endoscopia gastroenterológica.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.



A figura 18 diz respeito ao centro de hemodiálise. A hemodiálise consiste na remoção de substâncias tóxicas da corrente sanguínea. Tal como se pode constatar, uma vez mais a freguesia encontra-se a uma distância significativa, exceptuando a parte noroeste que apresenta distâncias de 3000m, 4000m. No extremo oposto a sudeste é onde se verificam as maiores distâncias, mais de 7000m.

Analisando a figura 19, convencionados que prestam serviços de medicina física. A medicina física e de reabilitação é responsável pelo diagnóstico, prevenção e tratamento de patologias incapacitantes. Uma vez mais se verifica uma polarização, em Agualva-Cacém e em Queluz o que coloca toda a zona Este da freguesia mais perto destes serviços. Mesmo assim, a freguesia não está de todo mal servida, o que significa que para alcançar estes serviços os inquiridos não têm (em termos de distância física) grandes problemas. Em Queluz uma das valências é a terapia da fala e nas restantes Medicina Física e Reabilitação, que Queluz também oferece.



*Figura 18 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de hemodiálise.*

*Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.*

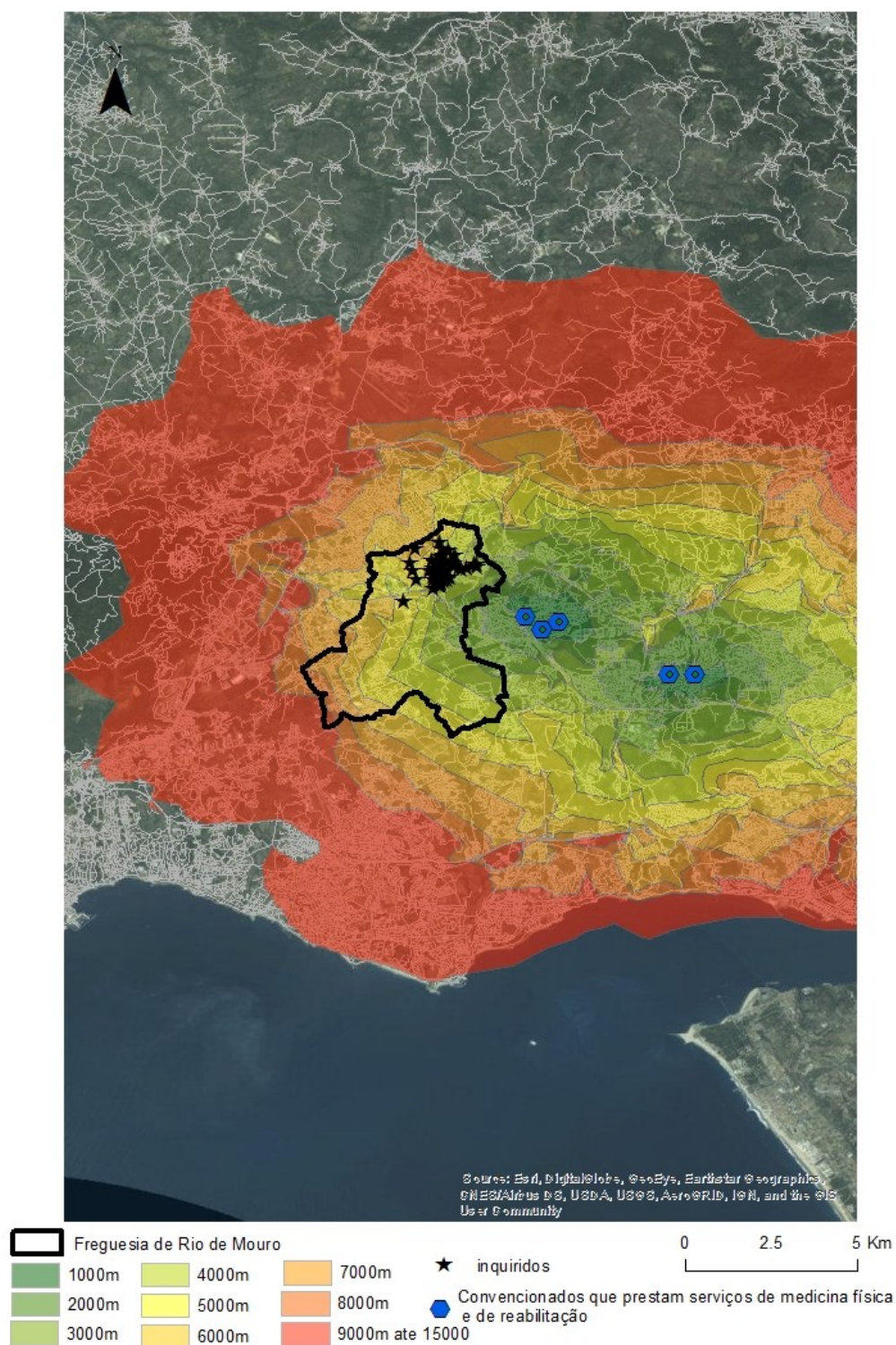


Figura 19 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de medicina física e de reabilitação.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.

Uma vez mais, é no Cacém que se encontra um importante serviço convencionado, desta vez de otorrinolaringologia. A otorrinolaringologia lida sobretudo com doenças no nariz, nos ouvidos, na cabeça, no pescoço, na faringe e na laringe.

A análise que se pode fazer é em tudo semelhante à da anterior figura, excetuando que, neste apenas existe um polo. A valência do mesmo é audiometria (figura 20).

A figura 21 mostra um convencionado que oferece serviços de psicologia e que se situa em Sintra. A psicologia clínica atua sobretudo no tratamento das psicopatologias. Este polo tem como valências consultas e testes. Pelo facto de se localizar em Sintra coloca, em termos de distância física a freguesia uma vez mais numa posição periférica sendo no Sudeste que se verificam as maiores distâncias (superiores a 7000m).





*Figura 20 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de otorrinolaringologia.*

*Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.*

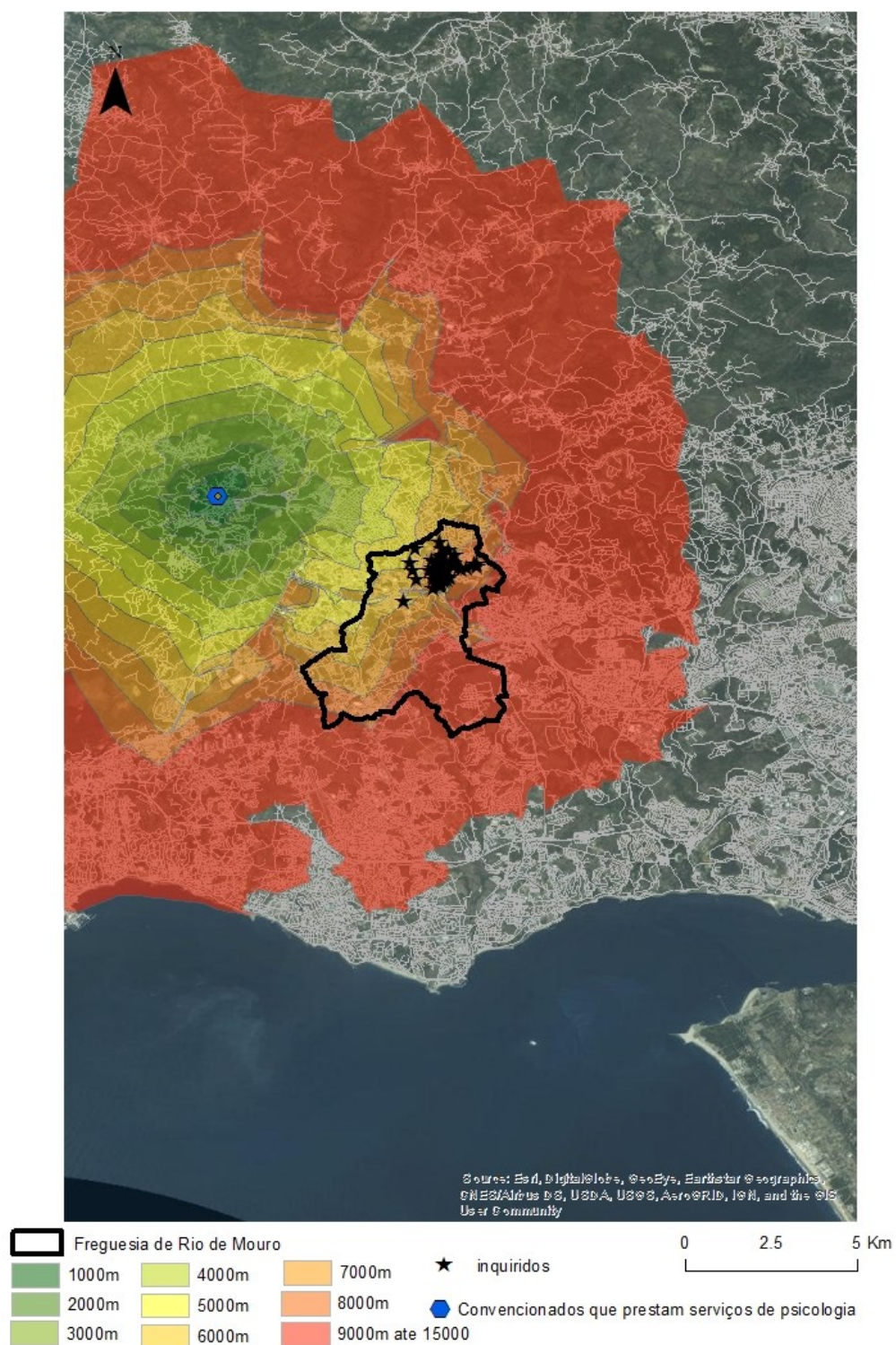


Figura 21 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de psicologia.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.

Os polos de radiologia que a figura 22 apresenta estão situados em Sintra, em Mem Martins e no Cacém. A radiologia é utilizada para controlo e tratamento de doenças através de radiação. Com essa radiação é fácil obter imagens dos ossos e dos tecidos musculares. Os inquiridos de Rio de Mouro encontram-se bastante próximos em relação a estes. Em termos físicos é fácil aceder a estes serviços convencionados. As valências são: Ecografias, Ecografias (excepto Ecocardiograma Transtorácico Bidimensional) (Cacém); Ecografias, Radiologia Convencional, TAC'S, Eco doppler, Osteodensitometria, Mamografia, Ortopantomografia, Ecocardiograma Transtorácico Bidimensional (Sintra); Radiologia Convencional, Mamografia, Ecografias, Osteodensitometria, TAC'S, Ortopantomografia, Radiologia Convencional, Mamografia, TAC'S, Ecografias (excepto Ecocardiograma Transtorácico Bidimensional e Obstétrica) (Mem Martins).



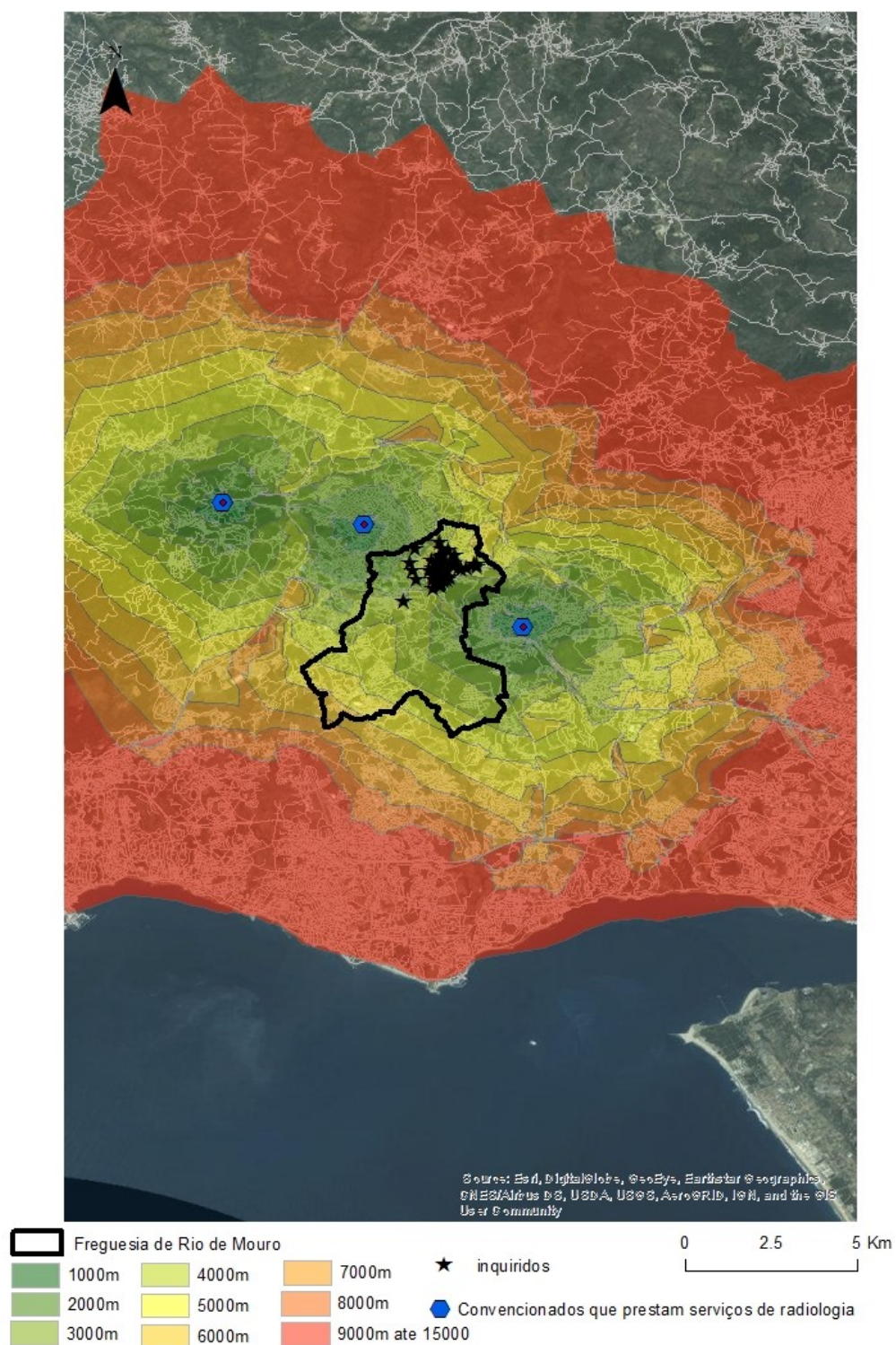


Figura 22 Distância em metros aos convencionados que prestam serviços de radiologia.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.



Em relação os serviços convencionados privados existentes no município de Sintra e de como se distribuem espacialmente, pode-se afirmar que se verifica uma boa distribuição dos serviços quando estes são menos específicos como é o caso das análises clínicas, em que se consegue observar uma distribuição bastante vasta no território em estudo e na sua envolvente. Por outro lado, os serviços mais raros e que, como tal, exigem pessoal médico extremamente especializado, encontram-se sobretudo localizados nos maiores polos urbanos envolventes à freguesia de Rio de Mouro, como são os casos de Queluz, Mem Martins, Cacém e mesmo Sintra.

Outro dado a reter é que os convencionados que oferecem serviços muito especializados encontram-se mais perto das vias de comunicação o que faz com que por vezes exista uma distinção clara entre a acessibilidade no Norte e no sul da freguesia de Rio de Mouro sendo o Sul, por norma o mais penalizado, devido a este ser mais rural, concentrar menos população e como tal estar afastado das principais vias de comunicação (neste caso o IC19) bem como da estação ferroviária.

### **c) Serviços Hospitalares**

Analisando a figura 23, é possível verificar que a freguesia que Rio de Mouro dista mais de 5km ao seu hospital de referência. Se a distância física encerra em si um problema, a forma como se acede ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) é outra questão a ter em conta, porque esta obriga os utentes a utilizar meios motorizados e é aqui que entram outros fatores que serão discutidos no capítulo da procura e que podem ditar uma maior ou menor dificuldade no acesso.

Uma vez mais, para além da distância importa saber que serviços oferecem o hospital de referência de Rio de Mouro.

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, mais conhecido como Hospital Amadora-Sintra situa-se no município da Amadora e serve boa parte das freguesias de Sintra, devido ao facto deste município não possuir hospital dentro dos seus limites administrativos, o que obriga os seus utentes a deslocações mais morosas quando necessitam de tratamentos específicos ou em caso de urgência.

No ano de 2016 o HFF teve 330 mil consultas, comparativamente com as 313 mil do ano anterior. “As consultas através da plataforma CTH (consultas a tempo e horas)

passaram de 2 529 em 2009 para 40 918 em 2016”. No ano de 2016, “por diversos motivos, verificou-se uma degradação dos indicadores de acessibilidade, de forma muito expressiva em algumas especialidades, repercutindo-se de forma significativa no HFF” (Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde, 2016).

No que respeita a oferta de exames e tratamentos o HFF possui serviços de anatomia patológica, cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, imagiologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, medicina física e de reabilitação, nefrologia, patologia clínica e urologia (HFF, 2016).

Em termos de hospitais de dia, o HFF possui o Hospital de dia de medicina e especialidades médicas, o Hospital de dia de pediatria e o Hospital de dia de psiquiatria (HFF, 2016).

O HFF conta com várias unidades de cirurgia. A unidade de cirurgia ambulatoria, a unidade de cirurgia máxilo facial, cirurgia pediátrica, unidade de cirurgia plástica e reconstrutiva, unidade de cuidados intensivos cirúrgicos especiais, unidade de cuidados intensivos coronários, unidade de cuidados intensivos especiais de neonatologia, unidade de cuidados intensivos especiais de pediatria, unidade de cuidados intensivos polivalentes, unidade da dor, unidade de endocrinologia, unidade integrada de diabetes, unidade de neurorradiologia, unidade de pedopsiquiatria, unidade de técnicas de gastroenterologia e unidades técnicas de pneumologia. Ainda oferece outros serviços como Bloco operatório, central de esterilização e consulta externa (HFF, 2016).

Um dos principais problemas do HFF são os tempos de espera devido à sobrelotação. Outro aspeto que a figura 16 mostra é a clara polarização dos hospitais em Lisboa, ficando apenas o da Amadora (HFF), o de Cascais e o de Loures fora do município da capital.

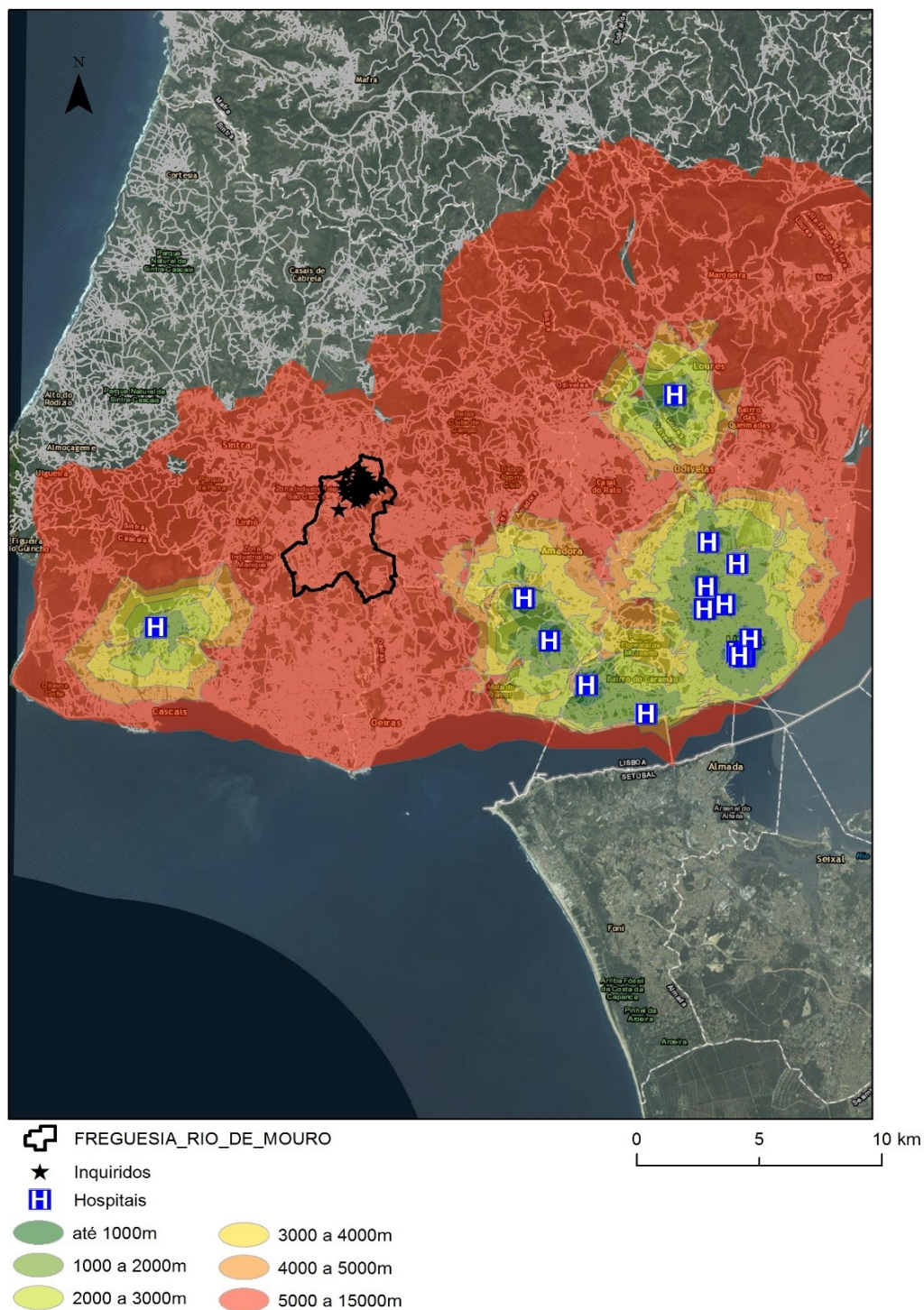


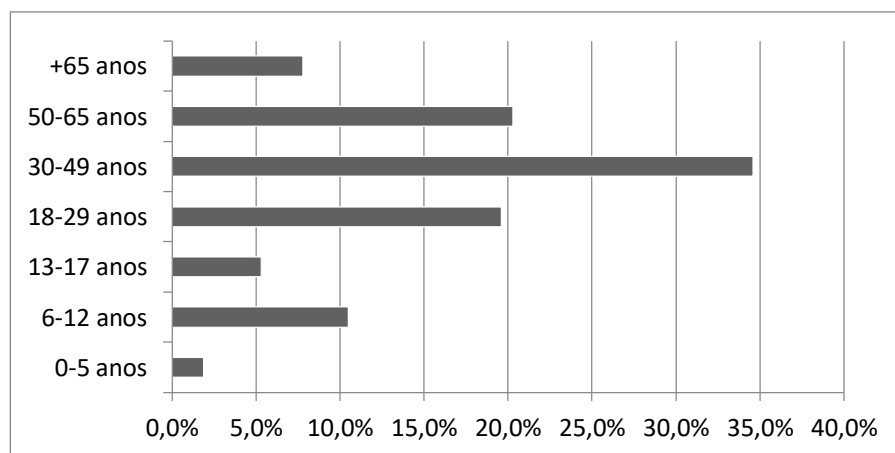
Figura 23 Distância em metros aos Hospitais públicos na AML Norte.

Fonte: Elaboração própria, a partir da identificação das unidades de prestação de serviços de saúde.

### 5.5.3. Perfil dos utilizadores

Para o estudo de caso, recorreu-se à recolha de informação através de inquéritos, exclusivamente feitos à população residente na freguesia de Rio de Mouro. Foram realizados 60 inquéritos ao agregado familiar, durante o mês de setembro de 2016, que resultou num total de 154 inquiridos, dos quais 48,7% são do sexo feminino e 51,3% do sexo masculino.

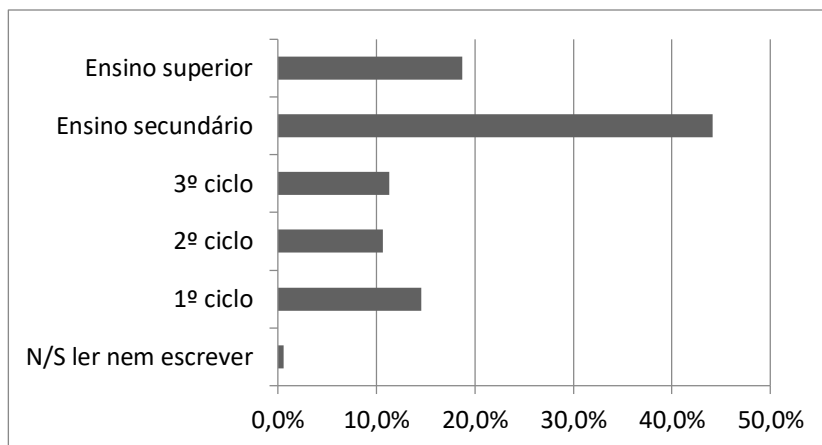
Em relação à **idade** (fig.24) é possível verificar que 1,9% tem idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, 10,5% tem entre 6 e 12 anos, 5,3% tem entre 13 e 17 anos, 19,6% tem entre 18 e 29 anos, 34,6% entre 30 e 49 anos, 20,3% entre 50 e 65 anos e 7,8% tem mais de 65 anos.



*Figura 24 Percentagem de inquiridos em função das idades.*

*Fonte: Inquérito 2016.*

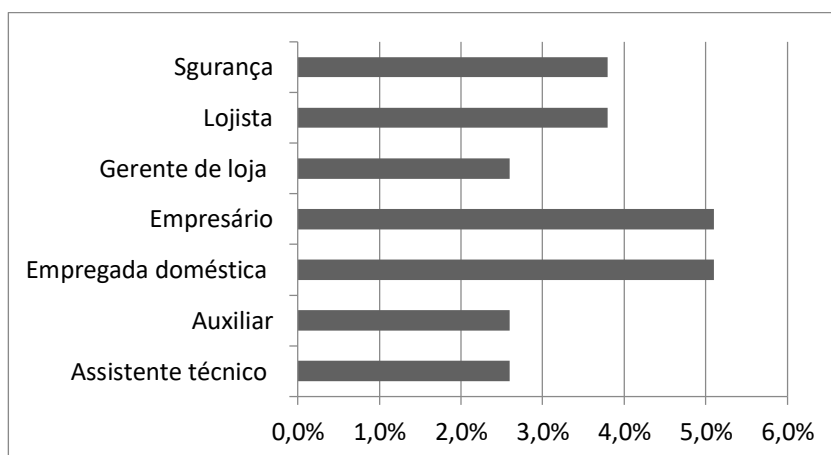
No que respeita ao **nível de escolaridade** (fig.25), 0,6% não sabe ler nem escrever, 14,6% têm o 1º ciclo, 10,7% têm o 2º ciclo, 11,3% têm o 3º ciclo, 44,1% tem o ensino secundário, 18,7% tem o ensino superior.



*Figura 25 Percentagem de inquiridos em função do grau de escolaridade.*

*Fonte: Inquérito 2016.*

Quando se procede à análise das **profissões dos inquiridos** (fig.26), destacam-se, assistente técnico (2,6%), auxiliar (2,6%), empregada doméstica (5,1%), empresário (5,1%), gerente de loja (2,6%), lojista (3,8%) e segurança (3,8%). Há muitas outras profissões que não chegam a 2% de representação.



*Figura 26 Percentagem de inquiridos em função da profissão.*

*Fonte: Inquérito 2016.*

No que à **situação socioprofissional** (fig.27) diz respeito, 57,1% estão no ativo, 9,3% estão desempregados, 2,1% são domésticos, 18,6% são estudantes e 12,9% são reformados ou pensionistas.

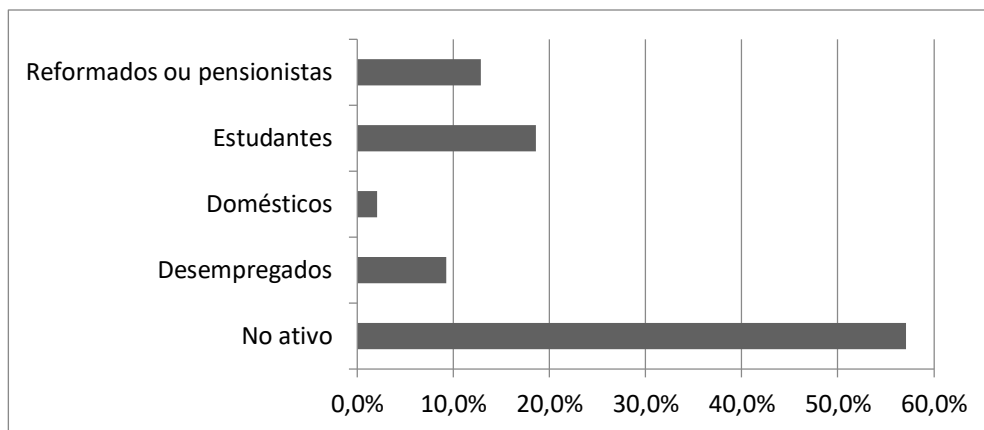


Figura 27 Percentagem de inquiridos em função da sua situação profissional.

Fonte: Inquérito 2016.

Quando é analisada a **situação na profissão** (fig.28) é possível verificar que 9,3% dos inquiridos são o patrão, 4,7% trabalham por conta própria, 76,7% trabalham por conta de outrem e 6,9% tem outra situação.

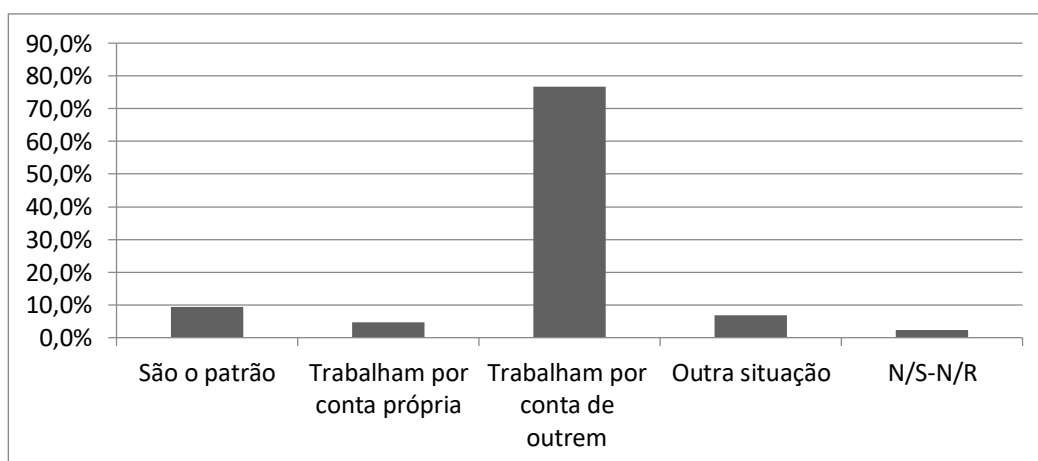


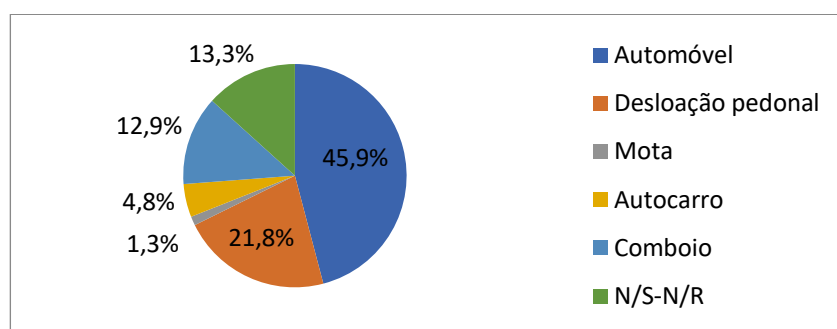
Figura 28 Percentagem de inquiridos em função da sua situação na profissão.

Fonte: Inquérito 2016.

Em relação ao **local de trabalho** importa destacar Lisboa com 31% e Rio de Mouro também com 31%.

O **modo de deslocação** para o local de trabalho (fig.29) mais utilizado pelos inquiridos é o automóvel com um total de, 45,9% de utilizadores. 21,8% Afirmam fazer uma deslocação pedonal para o local de trabalho, 1,3% utilizam mota, 4,8% utilizam

autocarro, 12,9% utilizam comboio, 13,7% combinam modos de transporte, 0,8% utiliza autocarro e faz a restante deslocação a pé, 1,6% utilizam automóvel e comboio, 0,8% utiliza comboio e metro, 0,8% utiliza comboio e faz a restante deslocação a pé e 5,6% utilizam comboio e autocarro. Durante a deslocação para o local de trabalho 65,1% dos inquiridos deslocam-se sozinhos e 34,8% deslocam-se acompanhados de familiares.



*Figura 29 Percentagem de inquiridos em função do modo de deslocação para o local de trabalho*

*. Fonte: Inquérito 2016.*

Na amostra, destaca-se a elevada taxa de atividade e uma taxa de desemprego que se situa muito próxima da média nacional. Em termos de escolaridade predomina a população com o ensino secundário completo, sendo também importante destacar a elevada taxa de população com ensino superior. A maioria trabalha em Lisboa ou em Rio de Mouro - utiliza maioritariamente o automóvel para se deslocar para o local de trabalho. Esta deslocação demora entre 30 minutos e 1 hora. É feita entre as 8h00 e as 9h00 da manhã. O estacionamento na sua maioria é gratuito em casa e no local de trabalho. No que à situação socioprofissional diz respeito a maioria trabalha por conta de outrem.

#### **5.5.4. Fatores condicionantes do acesso**

São diversos os fatores que vão condicionar o acesso aos serviços de saúde. É através do cruzamento de diversas variáveis que se obtém uma noção mais clara de qual é a situação da população de Rio de Mouro em termos de acesso aos referidos serviços.

Analisando a tabela 7 há três observações que podem ser feitas: os agregados com rendimento inferior a 500€ mensais nunca frequentam os hospitais particulares; à medida que o escalão de rendimento dos agregados vai aumentando, a procura por serviços particulares também aumenta; a percentagem de procura do hospital privado (para consultas de medicina geral e familiar, para consultas de especialidade ou para urgências) ultrapassa sempre os 40%, chegando em alguns casos perto dos 60% no escalão de rendimento mais elevado. De destacar que a percentagem de agregados familiares que não frequentam serviços de medicina geral é inversamente proporcional ao escalão de rendimentos dos agregados, neste caso, quanto maior for o rendimento, menor é a não procura destes serviços.

Nos serviços de medicina geral e familiar é muito difícil encontrar um padrão de utilização em função do rendimento, mas nos casos das consultas de especialidade e nas urgências, o rendimento influencia claramente a procura entre o público e o privado. A ida a consultas de especialidade no hospital público é intensa nos agregados cujo rendimento varia entre os menos 500€ e 1500€, por seu lado, os que ganham mais de 1500€ mensais optam pelo hospital particular. A mesma análise pode quase ser feita quando se trata de urgências, excetuando que apenas os agregados que usufruem de um rendimento mensal superior a 2500€ optam pelo hospital particular.



*Tabela 7 Procura de cuidados de saúde em função do rendimento dos agregados – Rio de Mouro 2016.*

Rendimento do agregado	Medicina Geral e Familiar*				Consulta de Especialidade*			Urgência*	
	C. saúde (público)	H. particular	H. público	Não frequenta	C. Saúde (público)	H. particular	H. público	H. particular	H. público
< 500€	28,6	0,0	42,9	28,6	0,0	0,0	71,4	0,0	71,4
500€ a 1000€	50,0	7,1	14,3	21,4	0,0	14,3	57,1	7,1	64,3
1000€ a 1500€	52,6	5,3	21,1	21,1	5,3	5,3	68,4	5,3	63,2
1500€ a 2500€	27,3	36,4	0,0	18,2	0,0	45,5	27,3	27,3	54,5
> 2500€	14,3	42,9	28,6	14,3	0,0	57,1	28,6	57,1	28,6
Total Geral	40,0	16,7	18,3	20,0	1,7	21,7	53,3	16,7	58,3

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

\*Na presente tabela, apenas se representam as classes de respostas mais representativas no que diz respeito às consultas de medicina geral e familiar, especialidade e urgência.

Após o cruzamento entre as variáveis, rendimento do agregado, modo de transporte e tipo de serviços de saúde, é possível observar os seguintes resultados: o modo de deslocação a pé apenas tem relevância aquando da procura por cuidados de saúde de medicina geral e familiar e essa procura a pé está fortemente relacionada com a utilização do centro de saúde público nesta mesma categoria, na tabela 5. Isto deve-se ao facto de o centro de saúde e da unidade de saúde familiar se situarem a uma distância possível de realizar com uma deslocação a pé (como indica a figura 7). Ao analisar a tabela 8 a procura de cuidados de saúde no centro de saúde público e o modo de deslocação a pé, respetivamente, é possível verificar que o comportamento dos valores é muito semelhante. A primeira classe de rendimentos do agregado familiar tem menos procura/utilização que as seguintes. No entanto, as que se seguem vão vendo essa procura/utilização diminuir à medida que o valor do rendimento dos agregados aumenta. Nas consultas de especialidade e urgências o modo de deslocação a pé perde totalmente a sua importância, isto devido ao facto das unidades que prestam tipos de cuidados de

saúde mais especializados se encontrarem bem mais distantes do lugar de residência dos inquiridos.

O rendimento influencia claramente a escolha do modo de transporte a utilizar quando os agregados se querem deslocar às unidades de saúde. O automóvel destaca-se claramente de todos os outros modos, representando sempre mais de metade da representatividade dos modos de transporte utilizados pelos inquiridos. Para os agregados cujo rendimento mensal ultrapassa 2500€, essa representatividade é de 100%, isto é, apenas utilizam o automóvel nas suas deslocações. Pode-se afirmar que de uma forma geral o automóvel vai ganhando preponderância em todos os escalões de rendimento à medida que os serviços de que estes necessitam distam mais do seu lugar de residência. O autocarro também vê reforçada a sua procura ainda que de uma forma muito ligeira e, em sentido contrário, o comboio vai perdendo importância, ambos maioritariamente utilizados pelos inquiridos cujo agregado familiar tem rendimentos inferiores a 500€ mensais.

A análise destes valores leva à reflexão sobre o elevado grau de dependência do automóvel que os residentes nas periferias (não apenas de Lisboa) têm para conseguir atingir os lugares que pretendem de uma forma rápida e fácil, devido, no caso específico de Rio de Mouro, ao mau serviço de transporte público que para além de ter pouca oferta, esta por vezes não se adequa às necessidades dos seus utilizadores. Ora isto por um lado, pressiona a utilização do automóvel o que provoca o congestionamento das principais vias de acesso às cidades, logo condiciona a acessibilidade aos serviços e, por outro lado, pressiona o orçamento das famílias o que dificulta o acesso destas, aos serviços de saúde.

Utilizando a ferramenta de cálculo de tempo e custo de deslocação que é disponibilizada no *site* [Transporlis.pt](http://Transporlis.pt) é possível comprovar as dificuldades, sobretudo fora das horas de ponta, para aceder ao Hospital Amadora-Sintra, indo assim ao encontro da perceção que alguns inquiridos têm sobre a frequência dos modos de transporte coletivos. Utilizando o transporte coletivo, tendo como ponto de partida a estação ferroviária de Rio de Mouro, é necessário utilizar três modos de transporte, o ferroviário, o rodoviário e a deslocação pedonal. Em hora de ponta o percurso pode ser realizado em cerca de 30 minutos, estando a população dependente dos horários do transporte ferroviário e do transporte rodoviário. O mesmo percurso fora da hora de ponta pode demorar mais de 1 hora. Esta constatação reforça a ideia de que para alcançar os serviços de saúde

hospitalares de uma forma rápida e flexível, a deslocação em transporte individual é a que mais se adequa.

*Tabela 8 Procura de cuidados de saúde em função do rendimento do agregado e do modo de transporte – Rio de Mouro 2016.*

Rendimento do agregado	Medicina Geral e Familiar				Consulta de Especialidade			Urgências		
	A pé	Automóvel	Autocarro	Comboio	Automóvel	Autocarro	Comboio	Automóvel	Autocarro	Comboio
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
< 500€	14,3	28,6	14,3	0,0	28,6	28,6	0,0	28,6	28,6	0,0
500€ a 1000€	21,4	28,6	0,0	7,1	50,0	0,0	7,1	42,9	7,1	7,1
1000€ a 1500€	15,8	68,4	0,0	0,0	78,9	0,0	0,0	78,9	0,0	0,0
1500€ a 2500€	0,0	63,6	0,0	9,1	63,6	0,0	9,1	63,6	0,0	0,0
> 2500€	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Total Geral	11,7	58,3	1,7	3,3	66,7	3,3	3,3	65,0	5,0	1,7

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

\*Na presente tabela, apenas se representam as classes de respostas mais representativas no que diz respeito aos modos de transporte.

Utilizando a tipologia familiar, com o modo de transporte (tabelas 9 e 10), é possível verificar padrões de procura bastante interessantes. Os valores que se destacam são: 20% dos casais idosos/idosos que vivem sozinhos deslocam-se a pé para as consultas de medicina geral e familiar; quando é necessário ir a consultas de especialidade ou urgências os idosos recorrem muito ao automóvel, 60% em ambos os casos; olhando para as famílias monoparentais com filhos e casais com filhos verifica-se uma procura muito intensa do transporte individual 37,5%, 43,8%, 50% respetivamente, para consultas de medicina geral e familiar, consultas de especialidade e urgências; mas se a procura do transporte individual para as famílias monoparentais com filhos e para os casais com filhos são intensas, verifica-se que quando se olha para os valores da utilização do automóvel dos casais, dos jovens sozinhos, das famílias monoparentais e dos adultos sozinhos, esses valores, para as consultas de medicina geral e familiar, para as consultas de especialidade e para as urgências são de 61,1%, 77,8% e 77,8%

respetivamente; nas famílias alargadas o valor de procura do automóvel não sofre grandes variações em função do tipo de serviço de saúde procurado. De destacar ainda o uso do autocarro que vai ganhando peso à medida que os serviços de saúde se vão distanciando dos lugares de residência dos inquiridos, como seria expectável.

*Tabela 9 Procura de cuidados de saúde em função da tipologia familiar e do modo de transporte – Rio de Mouro 2016.*

Tipologia familiar	Medicina Geral e Familiar			
	A pé*	Automóvel*	Autocarro*	Comboio*
Família monoparental (com filho > 15 anos), Casal com filhos (pelo menos 1 > 15 anos)	18,8	37,5	0,0	12,5
Casal, jovem sozinho, família monoparental, adulto sozinho	16,7	61,1	0,0	0,0
Casal idoso, idoso sozinho	20,0	40,0	0,0	0,0
Família alargada	0,0	75,0	5,0	0,0
Total	11,7	58,3	1,7	3,3

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

\*Na presente tabela, apenas se representam as classes de respostas mais representativas no que diz respeito aos modos de transporte.

*Tabela 10 Procura de cuidados de saúde em função da tipologia familiar e do modo de transporte – Rio de Mouro 2016. Fonte: Inquérito realizado em 2016*

Tipologia familiar	Consulta de Especialidade			Urgências		
	Automóvel*	Autocarro*	Comboio*	Automóvel*	Autocarro*	Comboio*
Família monoparental (com filho > 15 anos), Casal com filhos (pelo menos 1 > 15 anos)	43,8	6,3	12,5	50,0	6,3	6,3
Casal, jovem sozinho, família monoparental, adulto sozinho	77,8	0,0	0,0	77,8	5,6	0,0
Casal idoso, idoso sozinho	60,0	0,0	0,0	60,0	0,0	0,0
Família alargada	75,0	5,0	0,0	65,0	5,0	0,0
Total	66,7	3,3	3,3	65,0	5,0	1,7

\*Na presente tabela, apenas se representam as classes de respostas mais representativas no que diz respeito aos modos de transporte.

Analisando a tabela 11, observa-se como as tipologias de agregado se distribuem em função do rendimento. Nos que ganham menos de 500€ mensais destacam-se as famílias monoparentais com filhos e os casais com filhos representando 43% deste escalão de rendimento, seguindo-se os casais, os jovens sozinhos, as famílias monoparentais e os adultos sozinhos, que representam 28,6%.

No escalão de rendimentos de 500€ a 1000€ destacam-se os agregados familiares descritos anteriormente com percentagem de 35,7%.

No escalão de rendimentos entre os 1000€ e os 1500€ mensais estão as famílias alargadas com uma percentagem de 42,1%.

Entre os 1500€ e os 2500€ mensais estão novamente as famílias alargadas que representam 63,6% dos agregados que usufruem deste intervalo de rendimentos.

Olhando para a tipologia familiar casal, jovem sozinho, família monoparental e adulto sozinho verifica-se que são de longe os maiores representantes desta classe com 71,4% e de serem os menos representativos na classe imediatamente abaixo (1500€ a 2500€).

Esta análise permite afirmar que existem situações de famílias monoparentais com filhos e casais com filhos que têm mensalmente um salário inferior a 500€, tendo em conta que esses filhos têm idade inferior a 15 anos o uso de serviços de urgência e de especialidade vão ser mais frequentes, o que por si só aponta para uma situação de iniquidade, uma vez que, como já comprovado anteriormente, chegar ao hospital de referência de Rio de Mouro ou a consultas da especialidade é particularmente difícil para quem aufer de menores rendimentos, uma vez que o hospital dista mais de 5km, os transportes públicos são de fraca qualidade e com percursos que podem não se adequar às necessidades. A tabela 4 comprova esta afirmação, sendo o agregado que de menores rendimentos possui, é também o agregado em que a percentagem de utilização do automóvel é sempre inferior à percentagem dos agregados com melhores rendimentos. Como a mesma tabela mostra, são estes agregados que mais recorrem ao transporte público, nomeadamente ao rodoviário e ao ferroviário.

Para contrapor, pode-se utilizar o agregado que é composto por casais, jovens sozinhos, famílias monoparentais e adultos sozinhos. A tabela 9 mostra que são estes os que representam largamente os agregados com a classe de rendimentos mais alto e a

tabela 8 ajuda a mostrar que o uso do automóvel para as consultas de medicina geral e familiar, para as consultas de especialidade e para as urgências, predomina sempre e com valores bem acima dos 50%. A juntar a estes valores há percentagens de procura de transportes públicos por parte desta tipologia familiar que é sempre de 0%, excetuando o uso do autocarro para fazer uma deslocação às urgências, ainda assim representa apenas 5,6%. Reforçando que é uma tipologia de agregado familiar onde não há filhos incluídos, por um lado o padrão de procura dos serviços de saúde vai ser completamente diferente do anterior e, por outro lado, a facilidade em obter esses mesmos serviços vai ser bastante superior à dos agregados familiares com filhos, o que é comprovado com a ajuda da tabela 5 que cruza a procura de cuidados de saúde em função do rendimento dos agregados.

*Tabela 11 Rendimento do agregado familiar em função da tipologia familiar – Rio de Mouro 2016.*

<b>Rendimento do agregado</b>	<b>Tipologia do agregado familiar</b>			
	<b>Família monoparental (com filho &gt; 15 anos), Casal com filhos (pelo menos 1 &gt;15 anos)</b>	<b>Casal, jovem sozinho, família monoparental, adulto sozinho</b>	<b>Casal idoso, idoso sozinho</b>	<b>Família alargada</b>
< 500€	42,9	28,6	14,3	14,3
500€ a 1000€	35,7	35,7	7,1	21,4
1000€ a 1500€	26,3	26,3	0,0	42,1
1500€ a 2500€	18,2	0,0	18,2	63,6
>2500€	14,3	71,4	14,3	0,0
Total Geral	26,7	30,0	8,3	33,3

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

Cruzando o rendimento com outra variável muito relevante para aferir o acesso, o grau de instrução (tabela 12), obtêm-se resultados interessantes. Excetuando os casos específicos dos agregados com o 1º ciclo completo dominarem percentualmente na classe de rendimentos dos agregados entre 1000€ e 1500€ (54,5%) e de os agregados com o 3º ciclo dominarem percentualmente os rendimentos entre 500€ e 1000€ (41,2%), a evolução dos rendimentos dos agregados em função dos seus graus de instrução varia

de uma forma “natural”, isto é, maior o grau, maior é a importância desse agregado nos escalões de rendimento mais altos.

Por vezes, é por falta de informação ou por não se ter à disposição ferramentas simples para a pesquisa de informação que os utentes acabam por não ter a informação necessária e com isso não fazer as melhores escolhas em função das suas necessidades. É sabido que por norma quem tem mais estudos consegue, em princípio encontrar empregos melhor remunerados e consegue tomar decisões de forma mais informada e, como tal, por vezes, é a falta destas ferramentas que ditam decisões menos assertivas.

*Tabela 12 Rendimento do agregado familiar em função do grau de instrução – Rio de Mouro 2016.*

<b>Rendimento do agregado</b>					
<b>Grau de instrução</b>	<b>&lt; 500€</b>	<b>500€ a 1000€</b>	<b>1000€ a 1500€</b>	<b>1500€ a 2500€</b>	<b>&gt; 2500€</b>
1º Ciclo	9,1	22,7	54,5	0,0	4,5
2º Ciclo	6,3	31,3	37,5	18,8	6,3
3º Ciclo	11,8	41,2	17,6	17,6	0,0
Secundário	3,0	12,1	43,9	16,7	21,2
Ensino Superior	0,0	14,3	7,1	42,9	25,0
Total Geral	5,5	20,7	37,2	19,5	15,9

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

A tabela 13 demonstra que são os agregados que são ativos a nível socioprofissional que usufruem de melhores salários, dominando percentualmente em todos os escalões. Significa que têm melhores possibilidades de acesso aos serviços de saúde em relação às restantes situações profissionais.

Ao ser feita a análise do tempo de deslocação às consultas de medicina geral, especialidade e urgências, tendo como base as respostas fornecidas pelas famílias com pelo menos um filho e as famílias alargadas, é possível constatar de forma clara as diferenças no tempo que demoram a aceder aos serviços. Os dados (tabelas 14,15 e 16)

demonstram que em todos os casos são os casais com pelo menos um filho que têm maior representatividade nas classes de tempo 16 min. a 30 min. e 31 min. a 60 min. Neste caso, a opção por apresentar apenas as classes que estão nos extremos da representatividade do tempo de deslocação vem colocar, uma vez mais, em evidência que são as famílias com filhos as que mais dificuldades têm no acesso quando comparadas com as restantes tipologias familiares.

*Tabela 13 Rendimento do agregado familiar em função da situação socioprofissional – Rio de Mouro 2016.*

Rendimento do agregado	Situação Socioprofissional				
	Ativo*	Desempregado*	Doméstica*	Ref./pensionista*	Outra*
< 500€	25,0	12,5	0,0	0,0	62,5
500€ a 1000€	40,0	10,0	3,3	6,7	23,3
1000€ a 1500€	59,3	7,4	0,0	20,4	5,6
1500€ a 2500€	60,0	6,7	6,7	23,3	3,3
> 2500	52,2	0,0	0,0	26,1	8,7
Total Geral	51,9	8,4	1,9	16,9	11,7

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

\*Na presente tabela, apenas se representam as classes de respostas mais representativas no que diz respeito à situação socioprofissional.

As tabelas 14, 15 e 16 permitem evidenciar a diferença entre os casais com pelo menos um filho com idade inferior a 1 anos e as famílias alargadas. Em todos os casos é possível verificar que as famílias alargadas efetuam as deslocações às consultas de medicina geral, de consultas de especialidade e às urgências em menos tempo que o casal com filhos.



*Tabela 14 Tempo de deslocação até às Consultas de medicina Geral. Rio de Mouro 2016.*

<b>Tempo de deslocação até às Consultas de medicina Geral</b>	<b>&lt; 15 min</b>	<b>16 - 30 min</b>	<b>31 - 60 min</b>
Casal com filhos (pelo menos um <15 anos)	35,7	14,3	14,3
Família alargada	75,0	5,0	5,0
Total Geral	51,7	13,3	6,7

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

*Tabela 15 Tempo de deslocação até às Consultas de especialidade. Rio de Mouro 2016.*

<b>Tempo de deslocação até às Consultas de especialidade</b>	<b>&lt; 15 min</b>	<b>16 - 30 min</b>	<b>31 - 60 min</b>
Casal com filhos (pelo menos um <15 anos)	7,1	28,6	28,6
Família alargada	65,0	5,0	10,0
Total Geral	36,7	21,7	13,3

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

*Tabela 16 Tempo de deslocação até às urgências. Rio de Mouro 2016.*

<b>Tempo de deslocação até às urgências</b>	<b>&lt; 15 min.</b>	<b>16 - 30 min.</b>	<b>31 - 60 min.</b>
Casal com filhos (pelo menos um <15 anos)	7,1	21,4	28,6
Família alargada	60,0	5,0	10,0
Total Geral	33,3	20,0	13,3

*Fonte: Inquérito realizado em 2016*

#### **5.5.5. Dinâmica oferta – procura**

Como foi abordado nos capítulos anteriores, as dinâmicas entre a oferta e a procura vão ditar um maior ou menor acesso aos serviços de saúde, neste caso concreto, à freguesia de Rio de Mouro. Através da modelação da rede viária é possível verificar que no que se refere à acessibilidade aos serviços de saúde básicos, ou de medicina geral e familiar, os inquiridos estão bem servidos, isto porque a distância a percorrer entre o seu lugar de residência e os respetivos serviços, pode muitas das vezes, ser feita com recurso a uma deslocação pedonal, não exigindo assim qualquer tipo de custo (monetário) para efetuar a mesma, o que significa que mesmo os agregados familiares mais desfavorecidos têm (potencialmente) um bom grau de acessibilidade. Neste caso em concreto da deslocação a pé o fator idade poderia ser importante, mas na verdade são os agregados familiares mais idosos que mais recorrem a este modo. Ainda em relação ao acesso aos serviços de medicina geral e familiar, à medida que os

rendimentos dos agregados vão aumentando, as deslocações por meio de automóvel e a procura por serviços de carácter privado aumentam, de uma forma geral.

No que a serviços de saúde convencionados diz respeito, há uma clara desigualdade verificada entre quem destes pode usufruir, principalmente porque a sua distribuição vai variando consoante o grau de importância/especialidade, isto é, por exemplo as análises clínicas estão bastante bem distribuídas pelo território da área de estudo e como são um serviço menos raro estão representadas em grande número. Se for tido em conta, por exemplo um convencionado que preste serviços de hemodiálise, verifica-se que se encontra num polo muito específico (neste caso em Sintra) e que deixa a freguesia de Rio de Mouro numa posição periférica. Sendo estes de carácter privado, são os agregados familiares mais favorecidos que deles vão beneficiar, pela maior disponibilidade económica e pelo facto de utilizarem o carro para tal deslocação, não recorrendo de forma muito expressiva aos transportes públicos.

Isto causa uma situação diferenciada devido ao facto de os agregados familiares com menos poder económico ficarem excluídos da possibilidade de utilizar este tipo de serviços, ou pelas dificuldades extremas para conseguir conciliar uma série de fatores devido ao baixo rendimento de que auferem (como chegar ao local e como pagar o tratamento).

A freguesia de Rio de Mouro, como visto anteriormente, encontra-se a mais de 5km do seu hospital o que coloca esta freguesia numa posição periférica em relação, não só ao seu hospital de referência, mas também a todos os existentes na Área Metropolitana de Lisboa Norte. Esta distância cruzada com os fatores da procura, como o rendimento dos agregados, o modo de transporte que utilizam, a tipologia do agregado familiar, o grau de instrução e a situação socioprofissional faz denotar claramente uma situação de desvantagem para os grupos mais desfavorecidos, o que pode promover uma situação de iniquidade.



## **6. Conclusões e recomendações**

Com base na definição do conceito de acesso de Penchansky e Thomas (1981, in Palma, Marques da Costa, Marques da Costa, 2017), analisou-se o acesso aos serviços de saúde na freguesia de Rio de Mouro avaliando as dimensões da disponibilidade, da acessibilidade e do custo.

Através do levantamento estatístico foi possível contabilizar os serviços existentes assim como as suas valências, avaliando desta forma a disponibilidade. As USF Alphamouro e Albasaúde e a Unidade de cuidados de saúde personalizados são assim as unidades públicas que prestam os cuidados de saúde básicos à população residente, localizando-se a USF Albasaúde a sul do IC19 e as restantes duas unidades a norte deste.

A análise com base na acessibilidade, recorrendo à análise de redes, permitiu determinar as distâncias necessárias a percorrer para obter um determinado serviço. Ficou evidenciado que a acessibilidade a cuidados de saúde na freguesia não está posta em causa, uma vez que a população consegue, através de uma deslocação pedonal, alcançar as unidades de saúde que pretende. Em relação aos serviços convencionados, a freguesia não dista muito dos serviços disponíveis no município de Sintra. O maior entrave será mesmo o carácter destes que sendo privados, exigem um determinado custo para aceder. Quando se avalia a acessibilidade ao hospital de referência o HFF, verifica-se que há necessidade de recorrer ao transporte motorizado para efetuar a deslocação.

Esta evidência é comprovada com a análise do inquérito que permite avaliar a dimensão do custo e assim justificar as dificuldades na acessibilidade referidas anteriormente. Os inquiridos da freguesia de Rio de Mouro recorrem na sua maioria ao transporte individual para efetuar a deslocação até à unidade de saúde pretendida. Esta utilização vai ser tanto mais intensa quanto maior for o rendimento disponível e, claramente, quanto mais distante for a unidade de saúde ou o serviço hospitalar em causa. Esta recorrência ao transporte individual pode ser justificada pela fraca adequação do transporte coletivo às necessidades da população.

Verifica-se uma relação forte entre a tipologia familiar e a forma como os serviços de saúde são procurados, bem como o modo de transporte utilizado. Verifica-se que as famílias com filhos com idade inferior a 15 anos têm um padrão de deslocações

diferente de, por exemplo, uma família monoparental ou de um casal idoso. Isto deve-se sobretudo à diferença no tipo de serviços que são necessários e à forma como estes os procuram, tendo em conta a sua capacidade para efetuar uma deslocação.

Demonstra-se através da análise realizada ao longo da dissertação que o acesso aos serviços de saúde nas periferias, se não for resolvido atempadamente e se perpetuar no tempo, é um fator de iniquidade, evidenciado pelos resultados verificados nas dimensões anteriormente referidas.

Rio de Mouro apresenta-se aqui como o caso de uma freguesia suburbana de uma grande metrópole em que as desigualdades no acesso são notórias e onde intervenções de vária ordem, com o objetivo de atenuar essas desigualdades injustas, são necessárias.

Tendo em conta a diversidade de fatores que condicionam o acesso aos serviços de saúde, qualquer medida tomada de forma isolada não é suficiente para tornar equitativo o acesso a estes serviços.

Propõem-se o reforço das ligações entre a freguesia de Rio de Mouro e o seu Hospital de referência, seja através de transporte rodoviário, de forma directa, seja através da combinação do transporte ferroviário e rodoviário, mas sempre com vista a reduzir os tempos de deslocação. Gonçalo Santinha (2013, p.824) faz referência à importância do reforço de ligações aos serviços de saúde, quando afirma que se “deve pensar em formas de mobilidade que promovam o acesso aos serviços de saúde, em alguns casos complementares, em outros alternativas, seja junto às pessoas (e.g. fomento dos transportes coletivos), seja quanto aos serviços (potenciando a prestação em regime itinerante), seja ainda sem perspetivar a deslocação física, tirando-se partido do potencial das tecnologias de informação e comunicação.”

É necessário sinalizar os habitantes mais desfavorecidos e, em cooperação com as associações locais, procurar ultrapassar as dificuldades em função de cada caso.

É necessária uma melhor redistribuição da riqueza produzida – É sabido que cada vez mais a riqueza se concentra em certos grupos ou famílias. Esta concentração promove a desigualdade social e prejudica os grupos especialmente desfavorecidos. O Estado tem então um papel importantíssimo uma vez que é a este que compete redistribuir a riqueza criada no país. Não é fácil nem consensual promover esta redistribuição, mas a médio e longo prazo este é um problema que se vai agudizar e será

de extrema necessidade tomar medidas que promovam esta redistribuição com vista a uma maior integração social e promoção do acesso a serviços, nomeadamente aos serviços de saúde, de forma equitativa.





## Referências bibliográficas

ACES Sintra (2014) Carta de Compromisso. Sintra. Unidade de Saúde Familiar Albasáude.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2011) ACES 9 – Algueirão-Rio de Mouro. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/213/Relat\\_rio\\_de\\_Acesso\\_2011\\_ACES\\_9\\_-\\_Algueir\\_o-Rio\\_de\\_Mouro.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/213/Relat_rio_de_Acesso_2011_ACES_9_-_Algueir_o-Rio_de_Mouro.pdf)

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2014) ACES Sintra Planeamento do ACES Sintra. Núcleo de Estudos e Planeamento. [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/3046/06\\_-\\_ACES\\_Sintra\\_vNET.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/3046/06_-_ACES_Sintra_vNET.pdf)

Almeida C. (2002) Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. C. Saúde Pub.;18(supl):23-36.

Alves, T. (2005) Geografia dos Serviços Reestruturação Produtiva e Inovação Social. Estudos Para o Planeamento Regional e Urbano 60.

Alves, T. & Carvalho, F. (2007) Portugal Vinte anos de integração na Europa Mudanças e Perspectivas.

Andersen, R., M. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Social Behaviour; 36:1-10

Avelino, J. (1998) O Protagonismo Territorial das Cidades Intermédias – O Sistema Urbano Local de Santarém/ Almeirim/ Cartaxo. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Lisboa.

Balzeirão, A. (2010) Equidade na saúde e nos cuidados de saúde: migrantes e não migrantes na infecção de VIH/Sida em Portugal. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa

Beaujeu-Garnier, J. (2010) Geografia Urbana. Fundação Calouste Gulbenkian. 3ªEd. Lisboa.

Beasley, J., W. *et al.* (2007) “Global Health and Primary Care Research”, Journal of the American Board of Family Medicine, 20, pp. 518-526.

Black, S. D. (1980) Inequalities in health: The Black report. Department of Health and Social Security. United Kingdom

Bourdieu, P., e Passeron, J. (1982) Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Trad.: Reynaldo Bairão, 3

Braveman, P., e Organização Mundial da Saúde (1998) Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and middle-income countries.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003) Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.

Briz, T. (2012) Saúde, Saúde Pública e os Determinantes em Saúde no fio do tempo. *História da Saúde e das Doenças - Edições Colibri*, 165-178.

Busse R, Drews M, Wismar M. (2002) Consumer choice of healthcare services across borders. Busse R, Wismar M, Berman PC, editors. *The European Union and health services. The impact of the single European market on member states*. Amsterdam: IOS Press; p. 231-48.

Brüssow, H. (2013) What is health?. *Microbial Biotechnology*, 6(4), 314-348. Disponível em: <http://pdfs.semanticscholar.org/ad6cedc5b84cf92601cbdce572fa5802797f.pdf>.

Câmara Municipal de Sintra (2014) Tema 8 – Equipamentos e Espaços públicos. Relatório de caracterização e diagnóstico do concelho de Sintra. Gabinete do Plano Director Municipal.

Câmara Municipal de Lisboa (2016) Lisboa A Economia em números 2016. Lisboa

Cohen, G. A. (1989) On the currency of egalitarian justice. *Ethics*, 99(4), 906-944.

Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (2009) Diagnóstico Sectorial Sistema Urbano, Habitação e Equipamentos. Plano Regional de Ordenamento do Território da Área Metropolitana de Lisboa. Lisboa

Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (2009) Diagnóstico Sectorial Sistema Urbano, Habitação e Equipamentos. Plano Regional de Ordenamento do Território da Área Metropolitana de Lisboa. Lisboa

Comissão Europeia (2016) Public Health: [https://ec.europa.eu/health/strategy/policy\\_en](https://ec.europa.eu/health/strategy/policy_en) [consultado em 15 de março de 2017]

Corburn, J. (2017) Urban places and Health equity: Critical Issues and Practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. University of Berkeley California, California. Pp.1-11

Dahlgren, G. e Whitehead, M. (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies.

Dworkin, R. (2007) Igualdade como ideal. *Novos estudos CEBRAP*, (77), 233-240. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000100012>

Elizabeth, S. A. (2017) What is the Point of Equality?. *Theories of Justice* (pp. 133-183). Routledge.

Fahel, M., & Neves, J. (2009) Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. *Teoria e sociedade, Belo Horizonte*, (17.2), 140-159.

Fonseca, M. (1990) População e Território Do País à Área Metropolitana. Memórias do Centro de Estudos Geográficos, nº14. Lisboa.

Gaspar, J. (2010) As infra-estruturas do território como factor de desenvolvimento económico e social. Europa Novas Fronteiras, Portugal–25 anos de Integração Europeia, *Princípios*, 26(27), 85-91.

George, F. (2011) Sobre Determinantes da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Granja, G.; Zoboli, E.; Fortes, P.; Fracolli, L. (2010) Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.34, n.1, p.72-86 jan./mar. 2010

Guimarães, L. & Giovanella, L. (2006) Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):1795-1807

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., & Schnabel, P. (2011) Health how should we define it?. *BMJ*, 343(7817), 235-237.

Instituto Nacional de Estatística (2013) As novas unidades territoriais para fins estatísticos. INE, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2013) Retrato Territorial de Portugal 2011, Lisboa, INE.

Kaplan, G., Pamuk, R., Lynch, R. (1996) Inequality in income and mortality in the United States; analysis of mortality and potential pathways. *California: BMJ*, 312: 999-1003.

Keating, M. (1998) *The New Regionalism in Westerns Europe*. Cheltenham, Elgar.

Kennedy B.,P, Kawachi I, Prothrow-Stith ,D. (1996) Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States.*BMJ*. 1996 Apr 20;312(7037):1004-7.

Kickbusch, I. (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J Public Health*. 93(3): 383–388.

Levin SL, Ziglio E. (1996) Health promotion as an investment strategy: considerations and theory and practice. *Health Promotion Int*. 1996; 11:33–40.

Linares-Pérez, N., & Arellano, O. L. (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina social*, 3(3), 247-259.

Liu, G., Zhao, Z., Cai, R., Yamada, T., e Yamada, T. (2002) Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1779-1794.

Loureiro, I., Miranda, N. & Miguel, J. (2013) Promoção da Saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 31 (1) pp.23 – 31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>

Meade, M. e Emch, M. (2010) *Medical Geography*. New York: Guilford Press.

Ministério da Saúde (2015) Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020. Direção Geral da Saúde. Governo de Portugal.

Ministério da Saúde (2015) Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020. Direção Geral da Saúde. Governo de Portugal, Ministério da Saúde.

Montegut, A.J., (2007) “To Achieve “Health for all” we must shift the world’s paradigm to “Primary Care Access for All”, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, pp. 514-517.

Nobile, M. (2014) The WHO definition of health: A critical reading. *Medicine and Law*. World Association for Medical Law

Organização Mundial de Saúde (1978) Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR. Geneva.

Organização Mundial de Saúde (1986) Carta de Otava para a Promoção da Saúde:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [consultado em: 8 de novembro de 2016] Meade, M. e Emch, M. (2010) *Medical Geography*. New York: Guilford Press.

Organização Mundial da Saúde (1998) Saúde21 – Saúde para todos no século XXI. Lusodidacta. ISBN: 9789728383350

Organização Mundial da Saúde (2007) Um quadro conceptual de ação sobre os determinantes sociais de saúde. Comissão sobre determinantes sociais de saúde. Meade, M. e Emch, M. (2010) *Medical Geography*. New York: Guilford Press.

Organização Mundial da Saúde (2013) Relatório de Saúde Europeu. Traçando o caminho para o bem-estar. Escritório regional para a Europa. Organização Mundial de Saúde (2016) What we do: <http://www.who.int/about/what-we-do/en/> [consultado em 5 de dezembro de 2016]

Organização Mundial de Saúde (2016) What we do: <http://www.who.int/about/what-we-do/en/> [consultado em 5 de dezembro de 2016]

Organização Mundial de Saúde (2016) *Global report on urban health: equitable healthier cities for sustainable development*. World Health Organization.

- Palma, P., Marques da Costa, E., Marques da Costa, N. (2017) Disparidades Regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade: os casos de Alentejo (Portugal) e Navarra (Espanha). In Construindo Cidades Saudáveis Utopias e Práticas. Soares et al. (Orgs.) Assis Editora, MG, Brasil. Pp.453-487
- Pascoal, R. (2013) Determinantes, estado e perceção da saúde da população na área de influência do centro hospitalar do Médio Tejo (Mestre). Instituto Politécnico de Tomar.
- Proctor, D. C. (2008) The Power of Research: We Can Reverse the Childhood Obesity Epidemic. *American journal of preventive medicine*, 34(4), 364-365.
- Rice, N., & Smith, P. C. (2001) Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-261.
- Ridde, V., Guichard, A., Houéto, D. (2007) Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. *IUHPE – Promotion & Education supplement 2 2007 – Reflecting on Charter’s action areas*. Pp. 12-16.
- Samina, Z., Ikram, Yujie Hu, & Fahui, W. (2015) Disparities in spatial accessibility of pharmacies in Baton Rouge, Louisiana. *Geographical Review* 105 (4): pp.492–510
- Santana, P. (1993) *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: Ensaio Metodológico em geografia da Saúde*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Santana, P. (2005) Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal. Coimbra: Almedina.
- Santana, P., Vaz, A., & Fachada, M. (2004) O estado de saúde dos portugueses. Uma perspectiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*, 36(1), 5-28.
- Santinha, G. (2013) Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. *Saúde e Sociedade*, 22, 815-829.
- Santinha, G. (2014) Serviços de interesse geral e coesão territorial: o caso da saúde. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, F. & Lima, S. (2017) Redes comunitárias Locais como estratégia de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis. In Soares, B. et al (Ed.) *Construindo Cidades Saudáveis Utopias e Práticas*. Pp. 421-447. MG, Brasil; Assis Editora.
- Secretaria Regional da Saúde (2014) Plano Regional de Saúde 2014-2016 Extensão a 2020. Região Autónoma dos Açores. Secretaria Regional da Saúde.
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2015) A Saúde com as pessoas – PRS 2011-2016/ Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde Extensão a 2020 Enquadramento, Objetivos, Eixos Estratégicos e Medidas. Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais.
- Shrestha, J. (2010) Evaluation of access to primary healthcare – A case study of Yogyakarta, Indonesia. Dissertação de Mestrado. International Institute for geo-information science and Earth observation. Enschede, The Netherlands

Sienkiewicz, D. (2010) Access to health services in Europe. In European Social watch report 2010 – Time for action. Responding to poverty, social exclusion and inequality in Europe and beyond. EUROSTEP. Brussels, pp. 17-20 Meade, M. e Emch, M. (2010) Medical Geography. New York: Guilford Press.

Simões, J.M. (1989) *Saúde: O Território e as Desigualdades*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Lisboa

Starfield, B. (2001) Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 545-566.

Travassos, C., Fernandez, C., Pérez, M. (1995) Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Série estudos: política, planejamento e gestão em saúde, 4:5-26.

Travassos, C. & Martins, M. (2004) Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S190-S198

Vogel, Nina & Ram, Nilam & Goebel, Jan & Wagner, Gert & Gerstorf, Denis. (2017) How does availability of county-level healthcare services shape terminal decline in well-being?. European Journal of Ageing. 15. 10.1007/s10433-017-0425-4.

Vladeck, B., C. (1981) Equity, Access, and the Costs of Health Services. Medical Care 19(12 Suppl):69–80.

Whitehead, M. (1992) The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services.;22:429-45.

Woodward, A., & Kawachi, I. (2000) Why reduce health inequalities?. Journal of Epidemiology & Community Health,54(12), 923-929.

## **Legislação**

Constituição da República Portuguesa

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro

Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto da Assembleia da República, 1990

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro

Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho

## **Sites consultados**

Alphamouro – Unidade de Saúde Familiar. <https://sites.google.com/site/usfalphamouro/o-que-temos-para-oferecer>

Europa. Comissão Europeia. [https://europa.eu/european-union/index\\_pt](https://europa.eu/european-union/index_pt) (2018)

Instituto Nacional de Estatística.  
[https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)

Europa. Comissão Europeia. [https://europa.eu/european-union/index\\_pt](https://europa.eu/european-union/index_pt) (2018)

Instituto Nacional de Estatística.  
[https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)

